

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année 1960

N° 110

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TUMEURS
BÉNIGNES DU MASSIF FACIAL
LES OSTÉOMES**

T H È S E

présentée

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 27 Juin 1960

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

Raymond BUISSON

né le 10 novembre 1927 à Neuilly-le-Réal (Allier)

LYON
IMPRIMERIE EMMANUEL VITTE
177, Avenue Félix-Faure

1960

**Contribution à l'étude
des tumeurs bénignes du massif facial
LES OSTÉOMES**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553605_0089

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année 1960

N° 110

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TUMEURS
BÉNIGNES DU MASSIF FACIAL
LES OSTÉOMES**

T H È S E

présentée

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 27 Juin 1960

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

Raymond BUISSON

né le 10 novembre 1927 à Neuilly-le-Réal (Allier)

LYON

IMPRIMERIE EMMANUEL VITTE
177, Avenue Félix-Faure

—
1960

98/16

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen Honoraire..... M. J. LÉPINE.
Doyen correspondant de l'institut.... M. H. HERMANN.
Assesseur..... M. M. LEVRAT.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. NICOLAS, COLLET, GUIART, CADE, PATEL, LÉPINE, TRILLAT, MOURIQUAND,
MAZEL, GARIN. GATÉ, MARTIN, GABRIELLE, SANTY.

PROFESSEURS

Physiologie	MM. HERMANN.
Clinique urologique	CIBERT.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie	PONTHUS (détaché à Beyrouth).
Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale	DECHAUME.
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire	ROCHET.
Clinique des maladies infectueuses et bactériologie	X...
Chimie organique et toxicologie	CHAMBON.
Clinique chirurgicale	WERTHEIMER.
Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale	DELORE.
Clinique médicale	P. RAVAULT.
Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires	FROMENT.
Clinique médicale	CROIZAT.
Chimie biologique et médicale	ENSELME.
Clinique chirurgicale	MALLET-GUY.
Clinique de chirurgie orthopédique et chirurgie infantile ...	GUILLEMET.
Pharmacie galénique et matière médicale	REVOL.
Clinique gynécologique	POLLOSSON.
Clinique obstétricale	PIGEAUD.
Médecine du travail	BOURRET.
Clinique médicale	LEVRAT.
Hygiène et action sanitaire et sociale	SOHIER.
Clinique stomatologique	DUCLOS.
Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge ...	BERNHEIM.
Biologie médicale et pharmacodynamie	JOURDAN.
Botanique et cryptogamie	NETIEN.
Clinique chirurgicale	BERTRAND.
Chimie analytique pharmaceutique	BADINAND.
Pharmacie et pharmacologie	DREVON.
Médecine légale et déontologie	ROCHE.
Parasitologie et pathologie exotique	COUDERT.
Clinique oto-rhino-laryngologique	MOUNIER-KUHN.
Clinique ophtalmologique	PAUFFIQUE.
Clinique dermatologique et syphiligraphique	THIERS.
Clinique de pneumo-phthisiologie	BRUN.
Clinique traumatologie des membres	CREYSSEL J.
Cancérologie	DARGENT.
Anatomie pathologique	GUICHARD.
Pathologie générale et expérimentale	GIRARD P.
Anatomie	LATARGET.
Pathologie chirurgicale	PEYCELON.
Thérapeutique	GIRARD Marcel.
Pathologie médicale	VACHON.
Physio-pathologie des voies respiratoires	GALY.
Histologie	KEHL.

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL

Physique nucléaire appliquée à la médecine M. BERGER.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique	MM. BANSSILLON.	Physiologie	MM. CIER J.-F.
Parasitologie	ROMAN	Physiologie	CHATONNET.
Bactériologie	BERTOYE	Pharmacie galénique et matière médicale	DORCHE.

MAITRES DE CONFÉRENCES-AGRÉGÉS

Chimie organique et toxicologie	PERROT L.	Histologie	DUMONT L.-P.
Anatomie pathologique	FEROLDI J.	Hygiène	THIVOLET J.
Pharmacie et pharmacologie	CIER A.	Parasitologie	GARIN J.-P.
Chimie biologique et médicale	CREYSSEL R.	Physique	MORET R.
Anatomie	DUROUX E.	Botanique et cryptogamie	ODDOUX L.
Thérapeutique	BRETTE R.		

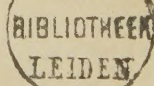
AGRÉGÉS EN EXERCICE

Neuro-chirurgie *	LECUIRE.	Maladies infectieuses	MONNET P.
Cardiologie *	GONIN A.	Oto-rhino-laryngologie	GIGNOUX M.
Obstétrique	MATHIEU J.	Stomatologie	FREIDEL Ch.
Orthopédie	MARION J.	Médecine générale	PLAUCHU M.
Propédeutique médicale *	PONT M.	Pathologie médicale *	DEVIC Michel
Pathologie médicale *	VIGNON G.	Médecine légale *	COLIN Marcel
Pathologie médicale *	REVOL L.	Neurologie *	GUYOTAT J.
Pathologie chirurgicale *	J. DE BEAUJEU.	Obstétrique *	DUMONT M.
Médecine générale *	TRAEGER J.	Urologie *	DURAND L.N.
Pathologie chirurgicale *	GUILLERMIN G.	Chirurgie générale *	FRANCILLON J.
Electro-radiologie *	PAPILLON J.	Médecine générale	DESPIERRES C.
Obstétrique *	BURTHIAULT R.	Chirurgie générale	de MOURGUES G.
Pédiatrie et puériculture *	FRANÇOIS R.	Chirurgie générale	SAUBIER E.
Médecine générale	GUINET P.	Dermatologie	COLOMB D.
Pathologie chirurgicale	SAUTOT J.	Médecine du Travail	TOLOT F.
Chirurgie générale	MARION Pierre	Neurologie Psychiatrie	SCHOTT B.
Chirurgie générale	MICHAUD P.	Ophtalmologie	BONAMOUR G.

* Chargé d'enseignement.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MOUNIER-KUHN *président* ; LECURIEUX, FREIDEL, PLAUCHU, *assesseurs*.



A MES PARENTS

A MA FEMME ET A MON FILS

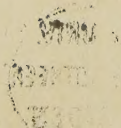
A MES BEAUX-PARENTS

A MES BEAUX-FRÈRES

A MA FAMILLE

A MES AMIS

En témoignage d'affection.



A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOUNIER-KUHN

Professeur de Clinique Oto-rhino-laryngologique

Nous avons pu durant un trop court semestre, apprécier sa maîtrise, son sens de l'organisation, sa parfaite courtoisie. Très honoré de le voir présider notre Jury de Thèse, nous l'assurons de notre vive gratitude.

A MESSIEURS LES MEMBRES DU JURY

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LECUIRE

Nous lui devons une de nos plus intéressantes observations. Nous le remercions de nous avoir reçu si aimablement et d'avoir accepté de siéger parmi nos Juges.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ C. FREIDEL

Nous avons pu depuis longtemps profiter des leçons de ce Maître, admiratif devant la clarté de son enseignement et la dextérité de son geste chirurgical ; ce fut pour notre plus grand profit. Toujours accueilli dans son Service avec bienveillance, nous le remercions de s'être penché avec tant d'intérêt sur ce travail qu'il nous a inspiré.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PLAUCHU

Nous lui devons plus qu'à un Maître. Nous sommes heureux de le remercier ici d'avoir guidé nos premiers pas dans l'Art médical et de nous avoir suivi avec tant de sollicitude. C'est pour nous un honneur, autant qu'un plaisir, de le voir siéger parmi nos Juges.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR GIRAUD

MONSIEUR LE PROFESSEUR THIERS

MONSIEUR LE PROFESSEUR DARGENT

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOUNIER-KUHN

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCLOS

Il nous a toujours guidé paternellement au cours de nos études médicales. Espérant pouvoir encore longtemps profiter de ses conseils et lui prouver par ailleurs notre affection, nous l'assurons ici de notre respect, de notre attachement et de toute notre reconnaissance.

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A NOS MAITRES DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE LYON

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUILLERMIN
[*Professeur Agrégé au Val-de-Grâce*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GAILLARD
Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROUGIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. LAIR
Stomatologiste des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUMAS
Stomatologiste des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR DROUIN
Ancien Assistant à la Faculté de Médecine

A MONSIEUR LE DOCTEUR ACHARD
Chef de travaux à la Faculté

A MONSIEUR HESKIA
Professeur à l'Ecole Dentaire de Lyon

En remerciement pour l'aide précieuse qu'ils
nous ont apportée dans la réalisation de ce
travail.

A nos camarades d'étude et nos amis du Centre Stomatologique
et Maxillo-Facial de l'Hôtel-Dieu.

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer au niveau de la face un certain nombre d'ostéomes et, nous avons été tenté de faire le point de cette question.

Il s'agit d'un problème qui ne paraît pas manquer d'intérêt :

— tant sur le plan étiologique : tumeurs osseuses rares, de localisation maxillo-faciale principalement ;

— que sur le plan clinique : tumeurs mal connues, n'ayant pas donné lieu à des travaux d'ensemble et posant des problèmes intéressants de pathogénie, en particulier en ce qui concerne leur lien éventuel avec certaines structures sub-normales (torus).

Afin de situer les ostéomes dans le cadre de la pathologie osseuse, précisons qu'il s'agit de tumeurs relevant d'un processus strictement ostéoformateur ; en effet, dans toutes les autres tumeurs bénignes ou dystrophies pseudo-tumorales des os :

— lésions cartilagineuses : chondrome et ses variétés ;

— lésions ostéoblastiques autres que les ostéomes : ostéome ostéïde, fibrome ostéogénique ;

— lésions de caractère ostéolytique : tumeur à myéloplaxes, kyste essentiel des os ;

— lésions du tissu conjonctif commun : fibrome, lipome, granulome éosinophile ;

— lésions dysembryoplasiques : adamantinome, kyste épidermoïde ;

— lésions vasculaires : hémangiomes ;

— lésions nerveuses : neurinomes ;

dans toutes ces tumeurs, l'hyperplasie osseuse ne constitue qu'un épiphénomène (TRIFAUD, BUREAU, PAYAN).

Les ostéomes ainsi situés, précisons leurs *caractères généraux* : ce sont des néoformations

- rares et en général uniques ;
- d'évolution lente, déformant le squelette sans infiltrer les tissus voisins ;
- histologiquement bénignes, ne métastasent jamais ;
- propres au massif facial (os de membrane).

Dans notre étude, nous adopterons le *plan* suivant :

— un chapitre de définitions et d'étude histopathologique du tissu osseux nous permettra d'aborder l'aspect anatomo-pathologique des lésions ;

— après une étude clinique et diagnostique,

— nous envisagerons l'étiopathogénie de ces lésions en essayant de les localiser de façon précise dans la pathologie osseuse ;

— enfin une étude thérapeutique sera suivie,

— après quelques considérations pronostiques,

— de l'exposé d'observations recueillies dans les Services Maxillo-facial, Oto-rhino-laryngologique, Ophtalmologique et Neurologique des Hôpitaux de Lyon.

ETUDE HISTO-PATHOLOGIQUE

A. — DÉFINITION DES OSTÉOMES

a) Définir les ostéomes apparaît d'emblée difficile étant donné les opinions divergentes des auteurs et le point de vue suivant lequel ils se placent :

— Pour TRIFAUD « ce sont les seules lésions relevant d'un processus strictement ostéoformateur »;

— MASSON estime qu'il n'y a aucune démarcation nette entre les ostéomes et les lésions hyperplasiques simples.

« La plupart des tumeurs purement osseuses sont d'origine irritative... on les désigne classiquement sous les noms d'hyperostoses, énostoses quand elles se développent dans la profondeur de l'os, exostoses quand elles font saillie à sa surface » ;

— Sous un angle histo-pathologique nous les définirons comme des tumeurs osseuses compactes, ou éburnées, ou spongieuses ;

— Sous un angle [étio-pathogénique nous parlerons d'ostéomes primitifs ou secondaires.

b) Donner une définition précise est donc délicat puisque interviennent :

— une composante morphologique ;

— et une composante étio-pathogénique et clinique beaucoup plus imprécise : tumeur à point de départ irritatif, traumatique, génétique (d'où la notion d'ostéome primitif ou secondaire).

Dans l'état actuel de nos connaissances, nous pouvons donc proposer comme définition :

Néoformations osseuses pures (au moment où elles sont vues) de type spongieux ou éburné, se présentant anatomiquement comme des exostoses, ou des énostoses d'évolution lente, insidieuse, stric-

tement locale, ne récidivant pas après l'exérèse, seul traitement possible. Ces néo-formations et leurs accidents mécaniques constituant toute la maladie. (Cette dernière condition élimine d'emblée toute maladie de système ou réaction inflammatoire osseuse plus ou moins généralisée).

B. — ÉTUDE HISTO-PHYSIOLOGIQUE DU TISSU OSSEUX

Il ne semble pas inutile pour comprendre la genèse de ces tumeurs de faire un rappel histo-physiologique du tissu osseux.

a) Définition.

« C'est un tissu conjonctif dont la substance fondamentale imprégnée par un complexe protéino-calcaire est devenue substance osseuse. » (POLICARD.)

Tissu d'origine mésenchymateuse, il comprend :

— *des cellules* :

- peu différenciées, jeunes, à potentialités variables (ostéoblastes, ostéoclastes) ;
- fixées à métabolisme ralenti (ostéocytes).

— *des fibres* :

- de réticuline, collagènes, élastiques ;
- une substance fondamentale ou milieu ossifiable ;
- des sels calcaires.

b) Formation.

Se fait grossièrement selon deux types :

- Formation par intussusception : ossification enchondrale.

Le tissu cartilagineux est détruit par un tissu conjonctif jeune et vasculaire qui s'organise en tissu osseux.

- Formation par apposition : ossification périostée.

Le tissu fibreux se calcifie directement.

c) Structure.

Ces deux processus de formation aboutissent à la formation :

— de tissu osseux Haversien orienté sur les canaux de Havers :

- compact,
- aréolaire (minces lamelles osseuses avec substance médullaire).

— de tissu osseux périostique à fibres de Sharpey né du périoste avec :

- sa couche externe tendiniforme,
- sa couche interne ou étui fibro-élastique dans laquelle on trouve les fibres perforantes de Ranvier ou arciformes constituant dans le tissu osseux les fibres de Sharpey et dont la couche profonde avec ses cellules à disposition épithélioïde constitue la couche ostéogène d'OLLIER.

d) Facteurs de l'ostéogénèse.

I. — OSTÉOGENÈSE NORMALE.

— Facteurs locaux.

1^o L'ostéogénèse nécessite un état particulier du tissu conjonctif. Selon POLICARD l'ossification passerait par les stades successifs suivants :

- formation d'un tissu conjonctif œdémateux (œdème pré-osseux) ;
- modification de la substance fondamentale : l'osséomucoïne ou substance protéique calcaïfrique imprègne la trame collagène ;
- précipitation de sels osseux.

Dans ce mécanisme il est difficile de dire si la future cellule osseuse est active par action enzymatique (conception ancienne) ou passive (conception de LERICHE et POLICARD). Pour ces derniers auteurs, le processus de calcification est indépendant des cellules osseuses. L'apparition de dispositifs ostéoblastiques, loin de traduire une activité ostéogénique, exprime au contraire « des tentatives de réaction des cellules osseuses contre la transformation préosseuse qui fige le milieu ».

2^o L'importance des phénomènes vasculaires apparaît primordiale, dans l'ossification enchondrale en particulier.

— Facteurs généraux.

Nécessité de conditions humorales particulières :

- apport protéique adéquat ;
- apport de phosphore et de calcium dans un rapport convenable ;
- apport plurivitaminique ;
- sécrétions hormonales :
 - hypophysaire (hormone somatotrope),
 - thyroïdienne,
 - thymique,
 - surrénalienne,
 - parathyroïdienne (action indirecte réglant le métabolisme phosphocalcique).

— *Facteurs adjuvants.*

Irritations mécaniques intervenant dans les remaniements structuraux.

II. — OSTÉOGENÈSE PATHOLOGIQUE

a) Transformation du cartilage en os par ossification enchondrale (processus banal).

b) Ostéogenèse fibreuse :

Cette transformation du tissu fibreux ne se produit que dans des conditions locales identiques à celles d'une ostéogenèse normale.

Notons que :

- le tissu scléreux ne s'ossifie pas ;

- le périoste fibreux à l'état normal est « loin d'être ostéogène, il apparaît au contraire comme une enveloppe qui marque les limites du processus ostéogène. Il redevient ostéogène lorsque sous l'influence d'une irritation inflammatoire sa couche interne entre en prolifération et forme un tissu conjonctif jeune indispensable à l'ossification » (ROUSSY).

c) Métamorphisme osseux de la chondrine ou transformation directe du cartilage en os :

Il y a transformation d'une substance fondamentale en une substance fondamentale d'un autre caractère.

« A l'état pathologique les métamorphismes se produisent toutes les fois que les circonstances créent des conditions humorales et tissulaires analogues à celles qui déclenchent les métamorphismes physiologiques. »
« Si les conditions — pour l'ostéogenèse — se trouvent réalisées dans un muscle ou dans un foyer inflammatoire quelconque, il se forme fatalement de l'os » d'où « constitution de substances fondamentales normales mais anormales dans leur localisation, elles sont hétérotopiques. » (ROUSSY.)

III. — RÔLE PARTICULIER DU PÉRIOSTE ET DE LA MOELLE OSSEUSE :

Lorsque les zones fertiles ont disparu, l'os étant à son stade adulte ne subit plus que des modifications structurales, fonctionnelles et physiologiques.

Seuls périoste et moelle osseuse (exostose-énostose) gardent une fertilité et une aptitude ostéogénique (MASSON). En particulier le périoste qui, irrité, décollé, ou arraché (principe de la résection sous-périostée et de la greffe osseuse d'OLLIER) va entraîner la production d'os.

C. — PARTICULARITÉS ANATOMIQUES DU SQUELETTE MAXILLO-FACIAL.

I. — Embryologiquement.

Le massif maxillo-facial est assez complexe :

a) La voûte crânienne et le maxillaire supérieur sont formés par des os de membrane (DUBREUIL).

- dans un premier stade la voûte cartilagineuse formée subit une chondrolyse ;

- à la première voûte se substitue dans un second stade une voûte membraneuse constituée par du tissu conjonctif dense dans lequel se développe l'os de membrane ;

- dans un troisième stade il y a ostéogenèse par apposition ;

- enfin dans un quatrième stade il y a remaniement de l'os formé : les lamelles osseuses moyennes d'os périostique sont résorbées et remplacées par de l'os médullaire Haversien (type aréolaire) constituant le diploé compris entre les tables externe et interne (type de l'os plat).

b) Le maxillaire inférieur.

Le cartilage de Meckel, ébauche du maxillaire inférieur, subit d'abord un début d'ossification enchondrale et périostée. Ebauche qui va être secondairement résorbée par ostéoclasie.

Mais dès avant la transformation du cartilage de Meckel en tissu osseux se produit le second stade d'édification du maxillaire inférieur qui est complètement indépendant du pseudo-modèle cartilagineux : il y a apparition de travées osseuses au sein d'un tissu conjonctif jeune.

« Les seules parties osseuses qu'on puisse rapporter au cartilage de Meckel sont les petits os qui se développent au huitième mois dans la symphyse mentonnière cartilagineuse (ossicula mentalia) et qui fusionnent rapidement après la naissance avec l'extrémité des branches horizontales. » (DUBREUIL.)

II. — Sur le plan pathologique (MASSON).

« On peut trouver des masses cartilagineuses pures dans les os où elles résultent d'une persistance anormale du moule cartilagineux primitif ou d'une portion du cartilage de conjugaison »... « au voisinage du maxillaire inférieur où elles résultent d'une persistance du cartilage de Meckel, dans la région cervico-faciale où elles apparaissent au même titre que d'autres malformations ».

III. — Maxillaires et système dentaire.

Enfin nous devons considérer sur le plan de l'histo-pathologie la présence du système dentaire et l'évolution permanente et tardive

des maxillaires en fonction de la dentition, entraînant la persistance :

— de zones peu différenciées : évolution du système dentaire jusqu'à vingt ans ;

— de zones en constant remaniement :

● fonctionnel :

— pneumatisation tardive des sinus ;

— évolution constante de l'articulé dentaire et de l'os alvéolaire ;

● inflammatoire.

D. — ÉTUDE HISTO-PATHOLOGIQUE DES OSTÉOMES

I. — ANATOMIE MACROSCOPIQUE.

On distingue :

● des exostoses pédiculées et non pédiculées, arrondies ou bosselées ;

● des énostoses.

Ces tumeurs pouvant être uniques ou multiples.

II. — ANATOMIE MICROSCOPIQUE.

On distingue :

● des ostéomes de type compact : ayant la structure de l'os périosté ;

● des ostéomes de type éburné : structure de l'os Haversien ;

● des ostéomes de type spongieux : structure de l'os médullaire.

A noter que « certains ostéomes présentent à leur périphérie une zone cartilagineuse qui fait fonction de cartilage de croissance. Ce sont en réalité des chondro-ostéomes comportant au début un noyau cartilagineux dont la transformation osseuse s'opère suivant le mécanisme de l'ossification enchondrale » (ROUSSY).

Enfin certains ostéomes perdant toute connexion organique peuvent se nécroser en leur centre (ostéome mort de DOLBEAU).

Cette étude histo-pathologique nous permet de conclure :

1^o Que tout tissu conjonctif : fibreux, cartilagineux, peut donner naissance à du tissu osseux dans des conditions physiologiques précises.

2^o Que dans l'os adulte il n'existe que deux zones fertiles susceptibles de présenter des phénomènes d'ostéogenèse tardive — dans les mêmes conditions invoquées ci-dessus :

● le périoste ;

● la substance médullaire.

3° Que du fait de leur évolution embryologique complexe, de leur structure, de leurs remaniements incessants et tardifs, les os de la face et en particulier les maxillaires peuvent présenter des inclusions hétérotopiques et possèdent une physiologie bien particulière.

4° Que l'ostéome que l'on trouve avec une grande prédilection dans cette région correspond :

- ou à la persistance d'un cartilage hétérotopique s'ossifiant secondairement : conception d'ARNOLD. (Nous excluons systématiquement le chondrome ou l'ostéo-chondrome, tumeurs bien particulières) ;
- ou à l'irritation
 - de l'os médullaire : énostose (VIRCHOW) ;
 - du périoste : exostose (BORNHAUPT)

5° Etant donné ce que nous savons des phénomènes de métamorphisme et de métaplasie, il est très difficile lorsque la lésion est organisée de savoir s'il s'agit réellement d'un ostéome primitif ou d'un ostéome secondaire (sur le plan anatomo-pathologique). Il nous semble donc que cette distinction est sans valeur si nous mettons de côté les ostéomes musculaires qui n'appartiennent pas en propre au squelette osseux.

ÉTUDE CLINIQUE

HISTORIQUE

Sans reprendre une étude complète de l'historique, signalons que le premier cas publié dans la littérature médicale paraît être celui de A.VEIGA en 1856.

Les différents travaux qui ont été faits depuis se rapportent surtout aux ostéomes du frontal qui sont les plus fréquents.

Mentionnons les statistiques :

— de MALAN (1938) portant sur 455 cas d'ostéomes des cavités péri-faciales dont 39 % se trouvent dans le sinus frontal.

— de CAUSSE (1934) qui trouve sur 523 cas d'ostéomes des sinus relevés dans la littérature 53 % d'ostéomes du sinus frontal.

— de TEED (1941) qui recueille dans la littérature 321 cas d'ostéomes du frontal.

Plus récemment nous signalerons :

— une étude de BERGER et PORTMANN en 1950 sur les ostéomes des sinus péricraniens ;

— le mémoire de WILD et HEIMENDINGER sur les ostéomes latents du sinus frontal présenté au congrès d'O.R.L. de Paris en 1951 ;

— les thèses de :

● KALIKI (Strasbourg 1952) qui relate 19 cas d'ostéomes latents des sinus frontaux.

● MEYER (Strasbourg 1954) sur les ostéomes des sinus frontaux avec névrite optique rétrobulbaire.

● BABOK (Paris 1958) sur les ostéomes du sinus frontal.

En ce qui concerne les localisations intéressant les maxillaires, relevons la statistique de A. LAMBERT (1952) groupant onze cas.

ÉTIOLOGIE

De l'ensemble des travaux faits sur cette question, il semble ressortir :

— que tout au moins lorsqu'il s'agit des ostéomes du *frontal* ou du *maxillaire supérieur*, ces tumeurs sont décelées surtout entre 15 et 45 ans (dans 65 % des cas entre 15 et 30 ans). Comme le fait remarquer BABOK : « si l'on songe au lent développement de l'affection, on peut considérer que le début de la formation de l'ostéome se produit beaucoup plus tôt, au voisinage de la puberté. »

Il semble également d'après les études statistiques de TEED que cette affection frappe de préférence l'homme (65 % sur une statistique de 265 cas).

Quant à l'étiologie propre de cette affection, elle est fort obscure, dans la plupart des cas « les ostéomes surviennent chez des sujets en excellente santé, chez lesquels les investigations somatiques et les examens de laboratoire n'arrivent à mettre en évidence aucun stigmate ». (BABOK).

De nombreux auteurs ont cru pouvoir incriminer à leur origine des traumatismes, des infections chroniques.

Pour ce qui intéresse les ostéomes du *maxillaire inférieur* les investigations étiologiques ne donnent pratiquement aucun résultat.

CLINIQUE

Les manifestations cliniques de ces formations tumorales sont extrêmement tardives, c'est dire que l'évolution en est insidieuse et passe pendant de longues années inaperçue.

Nous pouvons schématiser quatre périodes dans cette évolution :

- une phase de *latence* où le diagnostic est fortuit (radiographique)
- une *période subjective*, qui peut consister en névralgies, vertiges, troubles mécaniques pouvant donner une symptomatologie douloureuse d'emprunt, mais qui souvent passe inaperçue.
- une *période objective* où la tumeur, du fait de son développement, devient perceptible, entraînant des troubles cosmétiques plus ou moins marqués.
- une période de phénomènes extensifs ou *période de complications* où apparaissent des troubles mécaniques et des syndromes douloureux par compression des organes de voisinage.

I. — FORMES CLINIQUES.

A. — LES FORMES du STOMATOLOGISTE

1) MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

a) *Exostoses.*

Leur localisation se fait d'après ROUSSEAU-DECELLE au niveau de la branche horizontale, surtout sur la face externe, beaucoup plus rarement au niveau de l'angle ou de la branche montante. Ces exostoses peuvent être bilatérales et symétriques. Elles n'entraînent cliniquement aucun trouble sinon des troubles cosmétiques. Elles sont la plupart du temps bien supportées par les malades, leur évolution est très lente, leurs dimensions peuvent devenir imposantes les malades refusant souvent l'intervention.

ROUSSEAU-DECELLE signale en outre la possibilité d'évolution vers la nécrose pouvant entraîner des ostéites.

b) *Enostoses.*

De la même façon elles ne donnent la plupart du temps aucun signe.

Bien souvent il s'agit d'une découverte radiologique au cours d'un examen systématique ou lors d'un examen radiologique motivé par un syndrome douloureux évoquant un trouble de compression.

De taille variable, ces énostoses forment une image radio opaque plus ou moins nette, ébauchant quelquefois la forme d'une couronne ou d'un apex dentaire.

Les troubles qu'elles entraînent au maxillaire inférieur sont la plupart du temps des douleurs à type d'odontalgies ou de névralgies par compression du nerf dentaire dans sa gouttière.

2) MAXILLAIRE SUPÉRIEUR.

D'après ROUSSEAU-DECELLE, « les localisations se font par ordre de fréquence décroissante au niveau de la face antérieure, du sinus, de l'apophyse nasale, enfin sur le bord alvéolaire du plancher de l'orbite. » Secondairement ces tumeurs peuvent évoluer soit vers l'orbite, soit vers la base du crâne.

En résumé les accidents que ces tumeurs déclenchent dans notre spécialité sont essentiellement des accidents douloureux à type d'algies, névralgies, de sinusite. Ce sont ces accidents qui poussent le spécialiste à des investigations radiologiques, lesquelles conduiront à un diagnostic précoce.

**B. — FORMES DES OPHTALMOLOGISTES
ET DES OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES**

Il s'agit la plupart du temps d'exostoses localisées soit aux sinus maxillaires, soit aux sinus frontaux.

Les troubles observés plus ou moins précocement sont schématiquement de trois ordres :

- mécaniques ;
- réflexes ;
- inflammatoires.

1) *Troubles mécaniques :*

Ils sont dus en général à l'envahissement progressif de la cavité orbitaire, entraînant :

a) une exophtalmie discrète objectivée par une diplopie qui va régressant par disparition de la vision binoculaire à mesure que l'exophtalmie augmente.

b) une baisse de l'acuité visuelle due :

- soit à une ischémie artérielle ;
- soit à une stase veineuse entraînant secondairement une atrophie papillaire.

La compression du paquet vasculo-nerveux est responsable de ces troubles.

c) troubles pupillaires à type de dilatation par compression des nerfs ciliaires irido-constricteurs.

d) au niveau des annexes on peut observer larmoiement et conjonctivite.

On a signalé la possibilité de chemosis de la paupière supérieure pouvant entraîner secondairement une kératite.

e) enfin syndromes douloureux de tous types par compression soit du globe oculaire, soit d'un nerf sensitif proche (frontal, nasal, sus ou sous-orbitaire). LAGRANGE signale 16 cas de douleurs trigéminales sur 60 observations.

Là encore notons que souvent ces ostéomes seront découverts lors d'investigations radiologiques à la recherche de l'étiologie d'une baisse de l'acuité visuelle, d'une névrite ou d'une atrophie optique, leur évolution restant anatomiquement profonde.

2) *Troubles réflexes :*

Ils seraient déclenchés surtout, selon KALIKI, WILD et HEIMENDINGER, par des perturbations circulatoires localisées au niveau de l'ostéome lui-même et au niveau de son point d'implantation ; déséquilibre circulatoire et phénomènes d'irritation vasculaire et péri-vasculaire pouvant être à l'origine de troubles trigémello-sympathiques : céphalées, épiphora, rhinorrhée, congestion de la muqueuse des cornets, anosmie, sudation, œdème périorbitaire transitoire.

3) *Troubles inflammatoires :*

Ils sont assez rares et peuvent se voir lors de troubles de ventilation, par exemple lors de l'obstruction d'un canal naso-frontal par l'ostéome, ou bien lorsque l'ostéome réveille ou favorise une infection atténuée d'un sinus.

C. — FORMES DU NEURO-CHIRURGIEN

Dans certains cas l'ostéome du frontal ou de l'ethmoïde, au lieu d'évoluer vers la cavité orbitaire, peut évoluer vers la cavité crânienne. L'évolution est alors grave du fait des complications secondaires.

Cette évolution peut être extrêmement lente, sans signe clinique, « les lobes antérieurs du cerveau tolérant mieux que le reste des hémisphères cérébraux les agressions de tous ordres » (GOYANES).

Au cours de son développement dans la fosse cérébrale antérieure l'ostéome use la dure-mère et se met finalement en contact avec la substance cérébrale. Trois éventualités sont alors possibles :

- Accidents de compression : épisode épileptique de type BRAVAIS-JACKSON, ou grand syndrome épileptique ;

- Accidents infectieux graves dus à la propagation aux méninges de l'infection du sinus par l'intermédiaire de l'ostéome, entraînant méningite, méningo-encéphalite, abcès du lobe frontal ;

- Enfin possibilité d'un pneumatocèle, éventualité rare mais grave.

II. — FORMES ÉVOLUTIVES

On peut dire que la gravité de l'ostéome, tumeur bénigne en soi, est fonction de sa *localisation anatomique* et par conséquent des troubles mécaniques qu'il va entraîner secondairement.

L'évolution étant extrêmement lente et les troubles n'étant qu'esthétiques les malades ne sont vus, en général en stomatologie, que tardivement. Mais ici, même lorsque les ostéomes entraînent des troubles douloureux, l'évolution reste bénigne.

Il est certain que l'évolution de ces ostéomes est beaucoup plus grave au niveau du maxillaire supérieur et des os du crâne puisqu'ils peuvent entraîner des troubles neurologiques sérieux qui imposent un diagnostic précoce et une intervention radicale et curatrice (dans la limite des possibilités chirurgicales).

III. — FORME PARTICULIÈRE EXTRA-OSSEUSE

Les ostéomes musculaires.

Au niveau de la face, ces tumeurs sont beaucoup plus rares qu'au niveau du brachial antérieur ou des muscles adducteurs de la cuisse.

Localisés aux muscles masticateurs il s'agit soit d'ostéomes juxtaposés, soit d'ostéomes développés en plein corps musculaire.

A leur origine on retrouve presque toujours un traumatisme, soit unique et violent, soit minime et répété. Il y a formation d'un hématome puis métaplasie tissulaire. Dans leur genèse intervient peut-être une rupture de l'équilibre acido-basique évoluant vers l'acidité.

Leur symptomatologie varie avec leur siège.

Avec LAURIAN nous pouvons décrire :

- une constriction des mâchoires d'origine musculaire s'installant lentement et de façon indolore.

- une tuméfaction indurée au niveau du muscle lésé, tuméfaction qui perd toute mobilité au cours de la contraction musculaire.

DIAGNOSTIC

Diagnostic positif,

Dans une *première période*, période de latence, le *diagnostic est essentiellement RADIOLOGIQUE*. Il s'agit d'un examen fondamental puisqu'il met en évidence la lésion, il la localise et il en précise les rapports anatomiques.

La technique varie suivant la localisation. Notons que plusieurs clichés sont souvent indispensables, sinon à titre diagnostique, du moins à titre préopératoire :

- clichés sous des incidences différentes,
- pris avec des pénétrations variables (en particulier pour les ostéomes frontaux).

Les tomographies, en permettant d'étudier de façon plus précise le point d'implantation de l'ostéome et ses extensions, sont de grand intérêt. Elles peuvent apporter d'utiles précisions quant à la thérapeutique chirurgicale à envisager et ses difficultés.

Enfin le Logétron en renforçant les contrastes pourra être d'un utile appoint.

La radiographie nous montre la tumeur sous forme d'une opacité assez homogène, de morphologie et de volume variable ; (souvent au voisinage de l'ostéome existerait selon LERICHE une plage de décalcification).

Lors d'une *deuxième période*, ce sont les signes cliniques qui vont attirer l'attention : ils sont variables selon le siège de l'ostéome, son type (énostose, exostose, ostéome des muscles masticateurs) et son extension.

Outre la clinique et la radiographie, des examens complémentaires préciseront utilement l'extension de l'ostéome : rhinoscopie, examens ophtalmologiques.

Les ostéomes, comme les autres tumeurs bénignes des os, ne s'accompagnent pas d'un contexte biologique particulier et les examens de laboratoire tels que : vitesse de sédimentation, numération-formule, calcémie, phosphorémie, phosphatases acides et alcalines, électrophorèse n'ont qu'un intérêt différentiel.

Vu les difficultés de prélèvement dans les cas qui nous intéressent, la biopsie ne saurait être qu'une biopsie-exérèse et l'examen histologique permettra d'écarter toute suspicion de malignité et de confirmer le diagnostic en répondant « tissu osseux pur ».

Diagnostic différentiel,

En général il ne se pose guère devant un cliché radiologique, cependant suivant les cas on pourra discuter :

— un *épithélioma* ou un *sarcome* (surtout un sarcome ostéogénique), mais l'évolution est plus rapide, les images moins bien limitées.

— un *fibrome*, un *chondrome* donnent des images arrondies et limitées mais moins denses que celles des ostéomes ; quand le chondrome est extériorisé, il prend une consistance bosselée et la radiographie peut montrer dans les cas de chondrome des points tachetés « en grains de grenade ».

— un *adamantinome solide* donne en général une image radiologique assez évocatrice : elle montre au sein d'un os normal « des concrétions calcaires opaques, blocs amorphes ou dents en miniature, la tumeur pouvant avoir barré la route à une ou deux dents incluses qui ont buté contre elle. L'aspect est parfois dans une zone de raréfaction osseuse celui d'une mosaïque de taches opaques dues à la juxtaposition de grains d'ivoire » (LUCIEN LEGER).

Il faut cependant noter qu'il existe certaines formes rares d'améloblastomes à stroma-réaction ostéoïde ou cémentoïde et dont le composant épithélial est rare ou peut même avoir complètement disparu secondairement. Ces formations, dont la taille peut être importante, peuvent présenter radiologiquement de très grandes analogies avec les ostéomes, surtout lorsqu'il n'existe pas d'évolution organoïde (ébauche de dents, perles d'émail) qui permet d'évoquer leur diagnostic. On peut les ranger dans les fibromes cémentifiants, formes de tumeurs odontogéniques mésodermiques de la classification de PINDBORG et CLAUSEN.

— Une *hyperostose frontale interne*, mais la maladie de Morgagni-Morel se voit surtout chez la femme après 45 ans et elle s'accompagne de troubles endocriniens.

— Une *ostéite*.

● La *maladie de Recklinghausen*, la *maladie de Paget*, qui s'intègrent dans le cadre des ostéites fibreuses, sont des maladies de tout le système osseux. La radiographie montre un remaniement complet de l'os et une localisation faciale de ces maladies à leur début pourrait être dépistée grâce à un examen complet du squelette, clinique et radiologique et grâce surtout aux examens de laboratoire (calcémie, phosphorémie, dosage des phosphatases).

● Quant au *Léontiasis ossea*, si à l'hypertrophie diffuse qui le caractérise peuvent s'ajouter des productions réalisant l'aspect d'ostéomes, son évolution clinique est assez spéciale.

● Les *ostéites fibreuses localisées* peuvent être de diagnostic plus délicat mais en général, l'os est remanié dans son ensemble avec des zones floconneuses, des nodules de condensation osseuse et des aspects pseudo-kystiques.

● La sérologie éliminera l'*ostéite syphilitique*.

● Signalons enfin cette ostéite hypertrophiante bien particulière qu'est le *Goundou*, mais elle ne se rencontre pas dans nos régions.

● Nous verrons plus loin les rapports des ostéomes avec les *ostéites condensantes*.

— Une *périostose*.

Les périostoses s'apparentent aux ostéites fibreuses localisées. elles s'observent de préférence chez l'enfant à la suite d'une infection chronique. Cette hyperostose est souvent lente à disparaître après suppression de la cause.

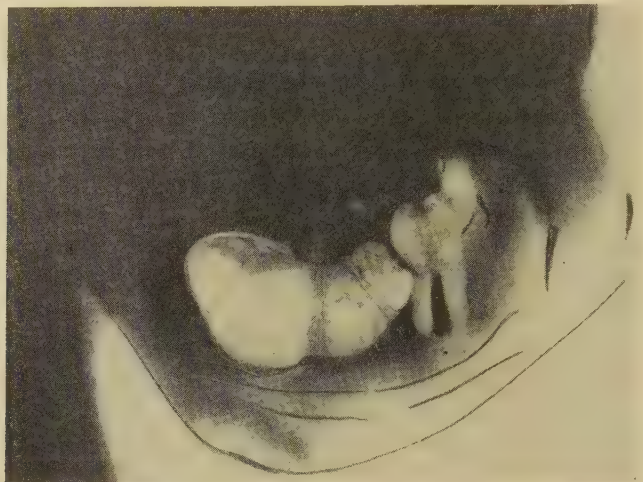
— Une *sinusite*, un *mucocèle*, donnent des images d'opacité diffuse de tout le sinus, mais noter qu'une sinusite est souvent associée à un ostéome intrasinusien.

— Une *déformation condylienne* due à une arthrite chronique.

La recherche minutieuse d'une porte d'entrée infectieuse, la mise en évidence de micro-traumatismes, l'épreuve thérapeutique éclaireront en général le diagnostic.

— Une *ankylose temporo-maxillaire* : il s'agit d'une lésion fixée et cicatricielle.

— au niveau des maxillaires le problème peut se poser avec une *dent* ou une *racine incluse*, une *hypercémentose* :



Une hypercémentose monstrueuse.

L'histoire clinique, la formule dentaire, l'examen soigneux des clichés radiographiques ne laisseront pas souvent planer le doute.

— Un *ganglion calcifié* :

Il succède en général à une adénite chronique, sa densité radiologique est moindre que celle de l'ostéome.

— En ce qui concerne les ostéomes des muscles masticateurs, il est évident que leur forme localisée ne saurait soulever de problème de diagnostic avec la *maladie de Munchmeyer* ou myosite ossifiante généralisée.

Cette longue énumération ne doit pas nous empêcher de conclure que le diagnostic est le plus souvent très simple. Un certain nombre d'ostéomes évoluent de façon superficielle sans donner d'autre signe qu'une déformation de constitution lente permettant d'écarter spontanément tout diagnostic de malignité. D'autre part l'examen radiologique rend en général le diagnostic évident : image très radio-opaque, parfaitement limitée. En définitive, ce qui est important dans le diagnostic de certaines formes d'ostéomes c'est le diagnostic de localisation et d'extension puisque c'est lui qui guidera le geste chirurgical.

DISCUSSION ÉTIO-PATHOGÉNIQUE

I. — Rapports des ostéomes avec certaines hyperostoses localisées.

Nous avons vu dans les chapitres précédents que les ostéomes présentaient une unité anatomique et clinique incontestable quelle qu'en soit la localisation. Il nous semble intéressant maintenant d'aborder le problème des rapports de ces tumeurs avec certaines hyperostoses ou zones de condensation osseuse qui semblent faire la transition entre la structure osseuse normale et l'état pathologique que représente l'ostéome.

I. — ENOSTOSES ET RÉACTIONS D'OSTÉITES CONDENSANTES.

Il est fréquent de rencontrer dans notre spécialité des zones d'ostéites condensantes localisées aux maxillaires et qui sont en rapport direct avec des phénomènes d'irritation chronique à type micro-traumatismes ou infectieux. Différents cas en ont été rapportés dans la littérature.

Elles correspondent à des remaniements osseux locaux qui, la plupart du temps, disparaissent dès que la cause irritative a été supprimée.

On peut penser que dans certains cas il existe des interférences entre :

- d'une part la réaction du tissu osseux ;
- d'autre part la réaction du périodonte et du ciment (DECHAUME, CHAPUT, *Revue de Stomatologie*, 1947). Mais il semble difficile de faire la part de ce qui revient à la dent et de ce qui revient au tissu osseux environnant.

De toutes façons nous pensons que le terme d'énostose doit être réservé aux formations tumorales fixées définitivement. Pour ce qui est des zones d'ostéite condensante qui, dans la majorité des cas observés dans notre spécialité, sont purement transitoires, ce n'est que l'épreuve thérapeutique qui posera le diagnostic d'énostose.

D'autre part une observation de DUCLOS et HESKIA (*Annales d'Odonto-stomatologie*, 1947, p. 135) semble faire intervenir dans la genèse d'une énostose un phénomène analogue à celui que l'on observe au niveau des muscles et, caractérisé par une calcification d'un foyer hémorragique.

II. — EXOSTOSES.

a) *Exostoses et épulis.*

De nombreuses observations ont été rapportées dans la littérature d'épulis calcifiées. (KOZA a consacré à ce sujet un important travail à l'Institut Molotov.)

Nous pensons que manifestement un certain nombre d'ostéomes à localisation vestibulaire (en particulier au maxillaire inférieur) peuvent ainsi trouver leur origine. Nous rapporterons deux observations anatomo-pathologiques (dus au Docteur ROBERT) d'épulis à myéloplaxes présentant à leur pédicule d'implantation des zones ostéoïdes et ossifiées. Ces tumeurs offrent à la palpation une dureté rappelant celle des tumeurs mixtes. Un de nos malades (observation du Docteur LAIR) nous semble entrer dans cette catégorie (ostéome vestibulaire entièrement clivable de la table externe).

b) *Exostoses et torus.*

Il existe dans notre spécialité une formation extrêmement singulière à type d'exostose, localisée :

- au maxillaire inférieur au niveau de la table interne dans la région canine, souvent bilatéral et bilobé (loi des 3 B de LAIR : bénin, bilatéral et bilobé) ;

- au maxillaire supérieur dans la région de la papille palatine avec extension plus ou moins longue sur le raphé médian.

Ces formations, que l'on pourrait qualifier de physiologiques puisqu'elles s'inscrivent harmonieusement dans la morphologie générale de l'os, ont donné lieu en 1959 à un travail de COUTURIER. Jusqu'à nouvel ordre, aucune étiologie satisfaisante n'a pu être évoquée (hérédité raciale, remaniement physiologique plus ou moins tardif). Dans certains cas il semble que leur ablation a été suivie de récurrence, récurrence qui, pour COUTURIER, serait la règle dans les trois ans.

Morphologiquement et histologiquement, ces formations peuvent rentrer dans le cadre des exostoses. Elles peuvent parfois prendre des allures hypertrophiques extrêmement importantes, bombant dans le plancher de la bouche ou envahissant de façon plus ou moins anarchique la voûte palatine. A part ces cas relativement excep-

tionnels où l'on peut parler d'un comportement tumoral, l'existence de torus semble plus en rapport avec des phénomènes de remaniements physiologiques de l'os — comme nous incite à penser la remarque de COUTURIER quant à leur récurrence faisant intervenir les phénomènes de « variations modelantes » de LERICHE et POLICARD — et, à ce titre, présentent une signification toute différente de celle des ostéomes qui, sous la forme d'exostoses, constituent des formations anarchiques dont l'origine ne peut absolument pas se rattacher aux variations physiologiques invoquées pour le torus.

II. — Discussion étiopathogénique proprement dite.

Dans le chapitre histo-pathologique, nous avons vu :

— que pour qu'il puisse se former du tissu osseux, il fallait réunir un certain nombre de conditions générales et locales.

— que ce tissu osseux pouvait se former :

- dans l'os à partir de deux zones : le périoste ou l'os médullaire ;
- en dehors du tissu osseux en n'importe quel point du tissu conjonctif.

Il nous semble donc que l'ostéome ne peut, lorsqu'il est primitif, que dériver de zones ayant gardé leur potentialité embryonnaire, une telle éventualité est certainement rare. La formation d'un ostéome est presque toujours secondaire à une irritation locale quel qu'en soit le type.

Il est souvent difficile sur le plan clinique de retrouver une étiologie précise puisque la cause peut être minime (zone hémorragique, réaction inflammatoire locale, traumatisme discret) et que, d'autre part, ces formations évoluant très lentement sans donner de signe, elles sont vues très tardivement après l'accident initial.

C'est pourquoi on a pu invoquer :

a) des phénomènes inflammatoires avec réaction de l'os médullaire ou périosté (sinusite chronique, foyers apicaux dentaires, ostéite centrale ou corticale d'évolution chronique, épulis) ;

b) des phénomènes traumatiques qui sur le plan clinique réalisent les expériences d'OLLIER (décollement périosté) ;

c) des phénomènes de métamorphisme ou de métaplasie qui représentent une évolution osseuse d'un tissu conjonctif quelconque (organisation d'un hématome, modification d'un tissu cartilagineux). Il est bien certain, à ce sujet, qu'il est impossible de dire, à la période

d'état, si un ostéome ne dérive pas d'un chondrome ou d'un fibrome qui se sont calcifiés. Nous devons insister sur cette notion que la *structure osseuse de l'ostéome n'offre rien de spécifique pas plus que les causes qui sont à son origine.*

Il semble enfin intéressant de rappeler les récentes observations de MM. RAVAUT, SCHOTT, LEJEUNE, ALEX (para-ostéo-arthropathies neurogènes), de MM. BENASSY, BOISSIER, PATTE, DIVERRES (ossification neurogène) insistant sur les facteurs sympathique — la question « Stomatologie et pathologie sympathique » a été récemment étudiée par MM. J. et M. DECHAUME, PAYEN et GRELLET — et vasculaire associés à des microtraumatismes locaux (RAVAULT) ou tout autre cause d'agression ; facteurs dont il y aurait lieu de rechercher le rôle éventuel dans la formation de certains ostéomes de notre spécialité.

En conclusion, il est impossible de faire une distinction entre un ostéome primitif, un ostéome secondaire, une réaction périostée... puisque la formation de l'ostéome lui-même répond à de multiples origines.

Cependant nous pensons que l'on est en droit de distinguer l'exostose ou l'énostose, dont le point de départ est essentiellement osseux, des ostéomes musculaires qui, eux, répondent à un phénomène de métamorphisme pur, tout en rappelant qu'il existe des liens entre ces formations (DECHAUME).

Notons que si on élimine les ostéomes d'origine traumatique par décollement périosté, il est certain que chez un grand nombre d'individus des irritations chroniques ne déclenchent pas la formation d'un ostéome. Il existe donc un terrain sur lequel nous sommes mal renseignés, qui permet peut-être de faire la liaison avec certains syndromes osseux généralisés, type :

leontiasis ossea

polyarthrite chronique évolutive,

maladie de Munchmeyer...

Enfin le fait que les localisations d'ostéomes soient surtout maxillo-faciales fait peut-être intervenir une complexité embryologique et pathologique plus grande (persistance de cartilages embryonnaires signalés par DUBREUIL et ROUSSY).

TRAITEMENT

Du traitement des ostéomes nous ne dirons que quelques mots ; essentiellement chirurgical, il relève des techniques des différentes spécialités intéressées, dans le détail desquelles nous ne saurions entrer.

I. — Traitement préventif.

Il est bien aléatoire étant donné le peu de choses que nous savons quant à la production de ces tumeurs.

Il peut être opportun :

● En cas de contusion musculaire, surtout chez le jeune et chez l'enfant, il faut éviter le massage de la région traumatisée, évacuer un hématome important et au besoin immobiliser le muscle traumatisé.

Certains ont préconisé des applications d'air chaud ; la radiothérapie préventive doit être administrée sous certaines conditions.

● On veillera également à la suppression des irritations chroniques en général, favorisant les réactions périostées et médullaires.

II. — Traitement curatif.

Essentiellement chirurgical : il vise à l'exérèse complète de la tumeur, dans la mesure où cette exérèse peut être complète sans être trop traumatisante, ni mutilante.

Vu l'extrême dureté des tissus tumoraux, cette exérèse se pratique à la gouge, à la pince-gouge, à la gouge et au maillet, à la fraise. D'une façon générale la cure de l'énostose est plus difficile que celle de l'exostose même avec pédicule d'implantation.

Ces principes restent les mêmes quel que soit le spécialiste qui opère, les voies d'abord et le type d'intervention variant avec le siège et l'extension de la tumeur.

— En ce qui concerne les ostéomes des maxillaires, l'abord se fait le plus souvent par voie endobuccale.

Mais nous insisterons ici tout particulièrement sur les difficultés d'exérèse de certaines énostoses des maxillaires dont le repérage opératoire est délicat. Il est nécessaire dans ces cas d'utiliser les dispositifs préconisés par C. FREIDEL et LAIR des index métalliques laissés en place jusqu'au moment de l'intervention et qui ont l'avantage de permettre un repérage précis dans les plans vertical et horizontal.

Enfin, si l'on ne veut pas aller au-devant de quelques déconvenues opératoires — ablation ardue d'une tumeur sur un os qu'elle a pu fragiliser, en particulier au maxillaire inférieur où l'on risque la fracture — le geste chirurgical ne saurait être trop prudent. Le Dr C. FREIDEL recommande dans les exostoses de la table externe de libérer circulairement la tumeur à la fraise avant de s'attaquer à elle à la gouge et au maillet.

— Pour la cure des ostéomes des sinus maxillaires, l'intervention de type Cadwell-Luc paraît plus souvent utilisée que la simple intervention de Denker.

— Quant aux ostéomes des sinus frontaux et de l'ethmoïde, s'ils ne s'accompagnent pas de signes endocraniens, leur abord direct devrait, selon GUILLERMIN, DELATOUR, PELLEGRINI, GUYON (*J.F.O.R.L.*, VIII, 8, 1959), être préféré à la voie endocrânienne par volet frontal.

Notons que rarement un traitement radiothérapique simple a pu être préféré à la cure radicale, comme dans un cas rapporté par DECHAUME, CRÉPY, GARLOPEAU, BONNEAU d'un ostéome coronôdien ayant entraîné une gêne fonctionnelle marquée, nettement améliorée par un simple traitement radiothérapique : 7 séances en un mois, 1 400 r au total.

Le traitement des ostéomes musculaires n'est pas essentiellement différent :

L'intervention sera pratiquée sur un ostéome parvenu à maturité complète, c'est-à-dire lorsque son ombre radiographique sera égale à son volume clinique. L'hémostase sera particulièrement soignée.

La radiothérapie qui a été préconisée n'aboutit qu'à une diminution de volume de l'ostéome ; elle peut être utile dans un temps préopératoire en accélérant la maturation de la tumeur.

On pourra enfin être amené à compléter le traitement pour supprimer une constriction des mâchoires : résection condylienne et même coronoïdienne ou désinsertion des muscles sclérosés.

Enfin rappelons que devant tout ostéome, découverte d'examen, sans signes fonctionnels, quand l'exérèse s'annoncera difficile, on préférera à la cure chirurgicale la simple surveillance.

PRONOSTIC

Prenant la parole, à la Société de Chirurgie de Lyon, à l'occasion d'une publication faite par MM. WERTHEIMER et LECUIRE et concernant un ostéome d'origine ethmoïdale — observation que nous rapportons dans le chapitre suivant — le Pr TAVERNIER déclarait : « Malgré une absence de signes clinique et histologique de malignité, les ostéomes ne sont pas absolument bénins et ont un potentiel d'évolution tardive vers la malignité. Ces tumeurs peuvent après ablation complète donner des guérisons durables, les ablations incomplètes risquent au contraire de hâter leur transformation en ostéosarcome banal...

Il ne faut donc pas se laisser tromper par le nom d'ostéome qui implique la notion de bénignité et savoir que ces tumeurs doivent être enlevées largement et que leur pronostic lointain doit être réservé.»

En dépit de quelques opinions réservées, comme celle que nous venons de rapporter, il semble bien que *les auteurs s'accordent pour reconnaître aux ostéomes un caractère de bénignité et qu'une ablation complète met à l'abri de toute récurrence.*

D'ailleurs, si une réserve doit être faite quant à l'évolution d'un ostéome, *elle ne paraît se justifier qu'envers un ostéome spongieux à l'opposé d'un ostéome éburné qui, lui, semble bien avoir perdu toute potentialité évolutive.*

Jamais en effet — en dehors d'une transformation maligne qui paraît exceptionnelle et dont nous ne connaissons pas de cas au niveau des maxillaires — l'ostéome n'infiltré les tissus voisins ni ne donne de métastases, l'examen histologique ne révèle de monstruosité cellulaire.

Cependant, cette perspective de bénignité ne doit pas faire trop différer l'intervention : l'extension de l'ostéome, outre le fait qu'elle compliquera cette intervention pourra en particulier au niveau de certaines régions — fronto-ethmoïdale par exemple — entraîner des complications graves et même fatales.

Mentionnons enfin la possibilité de névralgies persistantes même après traitement chirurgical ou radiothérapique.

OBSERVATIONS

Nous allons maintenant illustrer ce travail par quelques observations.

Les ostéomes sont — nous l'avons dit — relativement rares, le nombre de nos observations est donc limité. Quant à leur classification, si nous avons adopté une classification toute *anatomique*, descendant des ostéomes du frontal aux ostéomes du maxillaire inférieur, c'est que toute autre tentative aurait, croyons-nous, souvent prêté à discussion :

Nous aurions pu parler d'exostoses puis d'énostoses — comme nous l'avons fait pour les ostéomes du maxillaire inférieur — mais certains ostéomes participent de ces deux modalités (exemple : observation n° III).

Il en aurait été de même si nous avions envisagé de distinguer les ostéomes spongieux des ostéomes éburnés, classification qui par ailleurs ne paraît pas présenter grand intérêt.

Plus intéressante sans doute, aurait été une classification étiopathogénique, mais combien délicate aussi. Distinguant avec BENJAMINS des ostéomes d'origine embryonnaire, nous aurions pu inclure dans cette catégorie les observations I, II, VII, X, XIII, XX, XXIII. C'est encore arbitrairement sans doute que nous pourrions considérer les ostéomes de nos observations IV, VI, VIII, IX, XI, XII, XVII, XXI, XXII, comme des ostéomes secondaires, relevant d'un processus irritatif quelconque. Et enfin il nous resterait à illustrer la théorie des ostéomes de genèse inconnue par les observations III, V, XIV, XV, XVI.

OBSERVATION I

(Obligemment confiée par le D^r LECUIRE.)

VOLUMINEUX OSTÉOME D'ORIGINE ETHMOÏDALE OCCUPANT L'ÉTAGE ANTÉRIEUR DE LA BASE DU CRANE.

M. D..., 24 ans.

— vient consulter pour des crises comitiales.

La première crise est apparue brusquement, alors que le sujet avait été jusque-là en bonne santé, au mois d'août 1948. Il s'agit d'une crise Jacksonienne de type brachial survenue sans signe prémonitoire dans le cours de la nuit.

Depuis un traitement au Gardénal a été régulièrement suivi, sauf en deux fois où le malade s'est abstenu et où il a fait deux crises analogues à la première.

A l'examen il s'agit d'un sujet vigoureux, la tête paraît grosse, le front saillant ; on note une légère exophtalmie droite.

L'examen général et neurologique est entièrement négatif, il n'y a ni troubles visuels ni troubles auditifs.

La radiographie du crâne montre un volumineux ostéome de l'étage antérieur.

Intervention le 15 mars 1949 (P^r WERTHEIMER, D^r LECUIRE).

Anesthésie loco-régionale.

Voie d'abord frontale droite.

L'ostéome déforme la voûte orbitaire jusqu'au niveau du sinus frontal droit. Pas de méningiome. L'ablation à la gouge et au maillet dégage peu à peu la masse principale de la tumeur qui a nettement son point de départ dans les cellules ethmoïdales. Ablation sans incidents. La dure-mère n'a subi aucune effraction.

Hémostase. Pénicilline-Sulfamide.

Suture sur drain.

Il s'agit d'un ostéome de 11,7 gr, volume 10 cc.

Suites opératoires : diplopie fugace en voie de disparition 10 jours après.

Le malade est revu le 18 août 1949 : il va bien, il n'a pas de céphalées, ne présente plus de crise comitiale. Il est anosmique. Il prend régulièrement son Gardénal.

La radiographie montre la persistance d'une tumeur osseuse basale de volume modéré mais encore appréciable.

Début octobre 1949, nouvelle crise comitiale survenue en pleine nuit, avec morsure de la langue et émission d'urines.

Une deuxième crise quelques jours après, conduit le malade à l'hôpital.

A l'entrée : bon état général, le malade ne se plaint que de quelques céphalées frontales et de légers troubles visuels.

L'examen général et l'examen neurologique sont négatifs ; le fond d'œil est normal des deux côtés.

La radiographie du crâne F. et P. montre un accroissement de l'ostéome qui semble avoir doublé de volume depuis le mois d'août, le développement prédomine sur la moitié postérieure de la lésion primitive.

Conclusions de l'E.E.G. du 11 octobre 1949 :

« Il existe des signes de néoformation profonde, paramédiane droite, de caractère épileptogène. »

Le malade repart chez lui avec un traitement au Gardénal.

Le 27 janvier 1950, nouvelle hospitalisation à la suite de plusieurs crises comitiales.

E.E.G. du 30 janvier 1950 :

« Le tracé est en faveur de l'existence d'un foyer de souffrance intracérébrale temporo-occipitale droite. Les anomalies n'ont aucun caractère irritatif. Elles semblent plutôt traduire un processus néoformatif intracérébral en évolution. Données qui cadrent mal avec la notion d'ostéome frontal opéré précédemment et avec les anomalies antérieurement trouvées. »

L'examen ophtalmologique du 1^{er} février 1950 est entièrement négatif, il n'y a pas de diplopie.

Conclusion de la ventriculographie du 2 février 1950 :

« Le refoulement en dehors et l'amputation de la corne temporale droite font penser à une tumeur latéro-médiane droite, temporale postérieure profonde. »

Intervention le 2 février 1950 (Pr WERTHEIMER, Dr LECUIRE).

On repasse par l'ancienne incision.

Libération de la dure-mère de l'étage antérieur poussée très loin en arrière. On découvre progressivement la tumeur osseuse dont la partie gauche et postérieure semble avoir été laissée en place. La partie droite et antérieure de la masse a été enlevée au cours de la première intervention et ne semble pas avoir repoussé.

Ablation progressive de la tumeur (gouge, pince-gouge).

Hémostase. Pénicilline-Sulfamide.

Les suites opératoires ont été simples. Le malade a reçu 1 million d'unités de Pénicilline par jour et a eu des instillations nasale et oculaire de Pénicilline pendant 7 jours.

Le 17 février 1950 l'examen O.R.L. note une muqueuse nasale très congestive, la perte totale de l'odorat et du goût.

Le malade ne mentionne que quelques céphalées ; il n'a pas eu de crise comitiale.

La radiographie confirme l'ablation de l'ostéome.

Le malade quitte le Service en bon état, un traitement au Gardénal lui est prescrit.

Le 31 mai 1958, le malade regagne le Service du P^r WERTHEIMER après de nouvelles crises comitiales.

Les examens O.R.L. et radiologique révèlent un volumineux ostéome intra-ethmoïdal sans extension orbitaire avec simple refoulement du cornet moyen à l'examen endonasal.

On conseille Sédantoïnal et Alepsal.

Le 4 février 1959, cinquième hospitalisation.

Les crises comitiales ont repris récemment (crise Jacksonienne, brachiale gauche avec déviation de la tête à gauche.)

Les examens général et neurologique sont négatifs.

L'examen endonasal montre un refoulement de la partie haute ethmoïdale et de la paroi externe de la fosse nasale au niveau et au-dessus de l'insertion du cornet moyen.

La radiographie du crâne montre un ostéome de l'ethmoïde assez végétant.

E.E.G. du 5 février 1959 :

« Sur un fond de rythme irrégulier et lent de la région fronto-rolandique droite, on voit apparaître de nombreuses crises débutant dans la même région. » (D^r COURJON.)

Intervention le 5 mars 1959 (P^r WERTHEIMER, D^r LECUIRE).

« ...au niveau de la face orbitaire du lobe frontal droit, à la partie la plus interne on aperçoit une tumeur multilobée qui n'a pas la consistance de l'os ou du cartilage. Il s'agit d'une tumeur de type ectodermique (le contenu ressemble à une matière sébacée épaisse avec peut-être des touffes de cheveux). La paroi kystique enlevée, on aperçoit nettement l'implantation de l'ostéome dont il ne reste pratiquement aucun vestige... »

Examen anatomo-pathologique (D^r TOMMASI) :

« Il semble bien s'agir d'un kyste dysembryoplasique car l'on retrouve une paroi fibreuse renfermant quelques infiltrats inflammatoires et d'assez nombreux amas lipidiques avec, par places, une hyalinisation de ce stroma conjonctif ; une partie de la coque fibreuse lamellaire est bordée par un épithélium cylindrique haut et cilié, de type respiratoire ; mais en dehors de ces formations d'aspect respiratoire il n'a pas été trouvé d'autres formations épithéliales malpighiennes par exemple.

Il n'y a pas de signes évidents de malignité sur les fragments qui nous ont été adressés. »

E.E.G. du 26 mars 1959 :

« Le tracé montre la persistance d'un foyer d'ondes lentes préfrontales droites. Les décharges de pointes à la partie antérieure du vertex font redouter d'autres crises dans l'avenir. » (D^r COURJON.)

Le 1^{er} juin 1959 nouvelle hospitalisation pour crises épileptiques subintrantes depuis 24 heures.

E.E.G. du 2 juin 1959 :

« Le tracé montre la persistance d'une activité lente et irrégulière frontale droite et une intense activité épileptogène le plus souvent préfrontale droite et parfois préfrontale gauche, expliquant les crises adversives tantôt droites, tantôt gauches. » (D^r COURJON).

Le 16 juin 1959, examen O.R.L. (D^r CHOSSEGROS).

« Reste le problème de l'ostéome du sinus frontal. Il peut s'agir d'un épaississement réactionnel de la paroi interne du sinus au contact de sa tumeur. Il semble cependant s'agir d'un ostéome vrai pour lequel l'indication opératoire est posée uniquement sur son évolutivité. Il faudrait refaire des radios dans 6 mois, 1 an. »

Le 24 novembre 1959, nouvelle hospitalisation.

E.E.G. du 25 novembre 1959 :

« Il persiste une activité très irritative dans la région préfrontale droite. Le malade est donc capable de présenter à nouveau de nouvelles crises dans l'avenir. »

Depuis juin 1959, le malade n'a pas présenté de nouvelles crises d'épilepsie, il sort le 28 novembre ; l'état clinique restant inchangé.

OBSERVATION II

(obligeamment confiée par le D^r ROUGIER)

OSTÉOME DE L'ORBITE.

M^{me} S..., 40 ans.

— vient consulter pour la première fois en novembre 1954.

Elle présente une exophtalmie droite très nette, directe, qui existerait depuis l'adolescence (comme en témoigne une photographie prise à l'âge de 20 ans). Mais depuis quelques mois, l'exophtalmie augmente nettement et la malade accuse une baisse visuelle nette. Enfin elle se plaint de diplopie et présente des céphalées péri-orbitaires droites.

— En juin 1955, elle est hospitalisée à l'hôpital de l'Antiquaille, dans le Service du P^r PAUFIQUE.

A l'examen :

● V.O.D. 1/10 (0+0,50)+3

● V.O.G. 10/10.

Ceil droit :

● Exophtalmie nette, évidente, de 23 millimètres, le globe est dévié en dedans — la conjonctive est saine — l'exophtalmie n'est pas pulsatile.

● A la palpation de l'orbite, on sent nettement une tumeur dure, plaquée dans l'angle interne de l'orbite, plaquée contre l'os, ferme, non pulsatile, qui gagne le fond de l'orbite.

● Le fond d'œil montre un œdème papillaire, un peu hémorragique, avec stase veineuse.

● L'examen au test de LANCASTER confirme l'existence d'une paralysie du VI droit.

● Les radiographies montrent une densification osseuse du plancher de l'orbite.

L'E.E.G. est normal.

Le B.W. est négatif.

L'examen endocrinien est négatif.

Intervention le 20 juin 1955 (D^r PAUFIQUE).

Œil droit.

Orbitotomie externe. Clivage du périoste. On découvre une tumeur très adhérente à la paroi externe de l'orbite, de structure osseuse. Prélèvement de plusieurs fragments pour biopsie.

Suture sans drain.

Suites très simples.

Examen histologique (P^r P. GIRARD) :

« Il s'agit d'un ostéome — mais on ne peut pas faire le diagnostic d'ostéosarcome. »

Pendant près d'une année, la malade est suivie très régulièrement tous les deux mois environ.

Au bout de 4 mois, une récidive s'est installée. L'exophtalmie redevient importante et augmente très rapidement.

En janvier 1956, on sent à nouveau une grosse tumeur palpable sur la paroi externe et postérieure de l'orbite.

En juillet 1956, la malade est hospitalisée à nouveau.

Les céphalées péri-orbitaires sont devenues très vives.

L'exophtalmie a encore augmenté (30 millimètres environ).

L'œil est en strabisme interne très marqué, les mouvements d'adduction sont impossibles.

La vision de l'œil droit est de 1/20 environ.

La palpation de l'orbite permet de sentir une tumeur très dure, ronde, lisse, située dans l'angle inféro-externe de l'orbite.

Les radiographies montrent la présence d'un ostéome du volume d'un œuf de pigeon, arrondi, situé dans l'orbite. Il n'y a aucun prolongement intra-cranien ou intra-sinusal.

Intervention le 23 juillet 1956 (D^r ROUGIER).

Œil droit :

Orbitotomie large, externe, jusqu'au contact du périoste. On sent alors, placée sur la face externe de l'orbite, une tumeur très dure, mais facilement mobilisable. On parvient à l'extraire à l'aide de la grosse curette à énucléation.

Il s'agit d'un ostéome parfaitement arrondi de la grosseur d'un petit œuf de pigeon.

Le muscle droit externe était pris en écharpe par l'ostéome et a été arraché dans le temps du clivage.

Mise en place d'un drain. Fermeture.

Suites simples. Ablation du drain au troisième jour. Pas d'hématome.

— De fin juillet 1956 à la fin de l'année 1957, la malade est suivie régulièrement.

L'exophtalmie a pendant cette période considérablement régressé, mais la malade conserve une paralysie totale du VI droit, puisque le muscle droit externe a été arraché avec l'ostéome. L'œil est fixe en strabisme convergent.

Fin mars 1958 la malade consulte à nouveau.

L'exophtalmie a réapparu, et on sent très nettement à nouveau, dans le fond de l'orbite, sur la paroi externe, une tumeur de consistance osseuse, très dure et fixe. Il s'agit manifestement d'une seconde récidive.

Nouvelle hospitalisation à l'hôpital de l'Antiquaille, en avril 1956 (Service du Dr BONAMOUR).

Les radiographies et tomographies de l'orbite (photo) montrent une tumeur osseuse de la dimension d'un petit œuf de poule, s'enfonçant dans le fond de l'orbite, mais il n'y a pas de prolongements intracrâniens, ni sinusiens.

L'E.E.G. est normal.

L'examen neurologique et général est entièrement négatif.

Intervention le 29 avril 1958 (Dr ROUGIER).

Œil droit :

Orbitotomie externe, largement étendue vers le haut et vers le bas, intéressant les trois quarts du pourtour de l'orbite.

Décollement du périoste orbitaire. Ce temps est long et difficile en raison des adhérences cicatricielles dues aux interventions précédentes. Enucléation d'une petite boule osseuse du volume d'une grosse noix, de siège très postérieur, plaquée contre la fente sphénoïdale et assez adhérente à la paroi postéro-externe de l'orbite.

Ablation d'une masse kystique de consistance molle, du volume d'une noix, situé dans la capsule de Tenon, au niveau de l'emplacement du muscle droit externe.

Suture en deux plans (périoste et peau).

Mise en place d'un drain.

Suites simples.

La malade a été revue pour la dernière fois en juillet 1959, soit plus d'un an après la dernière intervention.

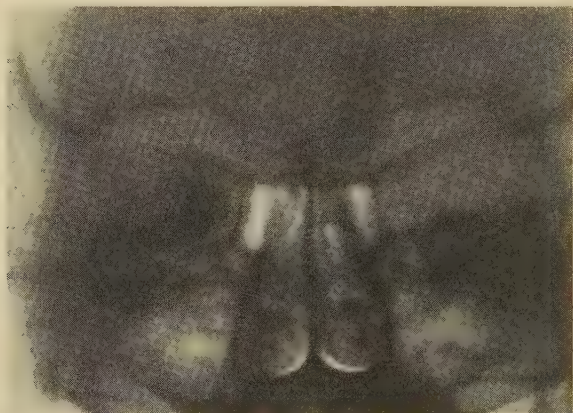
Il n'y a pas de nouvelles récidives.

L'exophtalmie a pratiquement complètement disparu.

L'œil droit reste bloqué en strabisme interne.

Le fond d'œil est normal.

La vision est remontée autour de 1/10
La malade n'a plus de diplopie, car elle neutralise.
La palpation de l'orbite est négative.



Obs. n° II — On distingue l'ostéome à l'angle infero-interne de l'orbite droit.

Ces deux observations sont intéressantes, d'une part par les récurrences qui ont jalonné l'évolution, d'autre part par les troubles secondaires que leur exérèse a entraînés, troubles inhérents à leurs rapports anatomiques.

Enfin l'apparition de formations kystiques au cours de leur évolution permet d'évoquer :

— soit des lésions épithéliales (kystes) et conjonctives (ostéomes) d'origine dysembryoplasique, expliquées comme nous l'avons dit dans le chapitre de rappel embryologique, par la persistance possible de débris embryonnaires dans ces zones extrêmement complexes quant à leur formation ;

— soit une réaction secondaire de l'épithélium sinusien (observation I).

OBSERVATION III

(Obligemment confiée par le D^r GAILLARD)

OSTÉOME FRONTO-ETHMOÏDAL A EXTÉRIORISATION TRANSCUTANÉE.

M. L..., 44 ans.

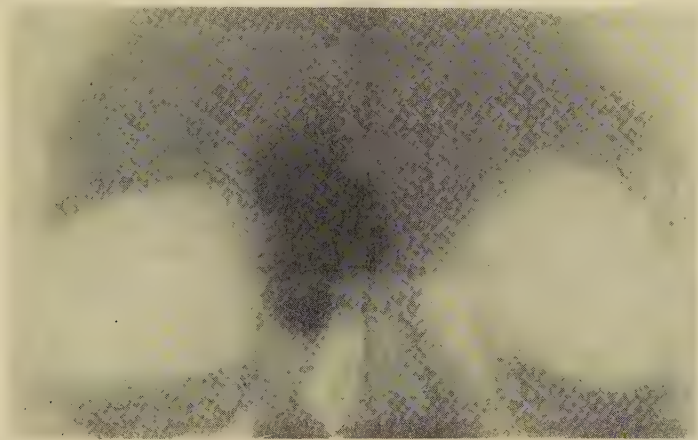
— vient consulter pour une « corne » apparue depuis quelques mois au niveau de l'arcade sourcilière gauche.

Début des troubles il y a un an, par des céphalées intermittentes et des poussées d'œdème de la paupière supérieure.

L'examen externe montre :

1^o La présence d'une corne osseuse de 1 cm, située à quelques millimètres de l'angle interne de l'œil gauche. Elle fait corps en profondeur avec l'os frontal.

2^o Dans l'angle interne de l'orbite, au niveau de l'os planum, on sent un bombement régulier de la paroi osseuse.



Obs. n^o III

A l'examen endonasal : pas de suppuration.

B. W. négatif.

La radiographie montre une masse osseuse dense dans l'ethmoïde gauche et le sinus frontal. Le diagnostic d'ostéome paraît certain.

Intervention le 25 mai 1959.

Incision fronto-ethmoïdale ; on enlève un ostéome très dur dont l'insertion est sur la table interne du canal naso-frontal. La dure-mère est dénudée en un point ; il existe une poche mucocélique associée dans le prolongement externe du sinus frontal, expliquant les poussées inflammatoires. Le canal naso-frontal est complètement remanié ; on laisse en place un drain de nylon pendant deux mois.

Anatomo-pathologie :

Vaste nappe de tissu osseux, recouvert par une muqueuse à épithélium à cils vibratiles et chorion fibreux. Cet os ne présente pas de particularités, pas de densification ; les travées médullaires sont normales (H. LAFON).

Suites opératoires simples.

Le malade reste guéri en janvier 1960.

OBSERVATION IV

OSTÉOME DU SINUS FRONTAL.

M. PAS..., 41 ans.

— entre à la clinique Oto-Rhino-Laryngologique du P^r MOUNIER-KUHN pour des douleurs frontales siégeant au niveau des rebords orbitaires, prédominant à gauche, à irradiations postérieures.

Ces douleurs apparues il y a quelques mois deviennent permanentes avec parfois des accès paroxystiques.

A noter que depuis 1936 le malade a une sinusite chronique frontale gauche.

A l'examen :

- douleur à la pression des rebords orbitaires ;
- pas de pus dans le méat moyen ;
- radiographie : ostéome du sinus frontal gauche.

Intervention (D^r J.-P. REBATTU, D^r BERTOIN).

« Sous A. L. incision du sourcil gauche, trépanation du sinus par voie antérieure. On tombe immédiatement sur une masse osseuse très éburnée qui comble le sinus et n'est séparée de la paroi antérieure que par la muqueuse. La résection de la paroi antérieure est complétée en suivant le plan de la muqueuse et finalement un gros ostéome libre dans la cavité peut être extrait. La muqueuse est épaissie sur toutes les parois. La paroi osseuse inférieure du sinus paraît très épaissie et le canal naso-frontal est également très peu perméable, les berges osseuses étant très épaissies. »

Examen anatomo-pathologique.

Au sein d'un tissu osseux on observe un épithélium cylindrique par places, malpighien en d'autres, recouvrant un tissu formé d'histiocytes,

sans signe de malignité. En un point, la préparation est traversée par un filet nerveux. Il semble s'agir d'une ostéite hyperplasique histiocytaire bénigne.

Il semble bien s'agir manifestement dans cette observation d'un ostéome d'origine irritative secondaire à une sinusite chronique comme l'indique, d'une part le passé clinique, d'autre part l'examen histopathologique qui montre au centre de l'ostéome un tissu de type sinusien profondément remanié.

OBSERVATION V

OSTÉOME DU SINUS FRONTAL.

M. LEF..., 29 ans.

— présente depuis trois ans des céphalées frontales médianes, durant chaque hiver, avec obstruction nasale et rhinorrhée jaunâtre.

Radiographie : sinus frontaux opaques dans leurs parties médianes.

Tomographies de face : opacité ethmoïdo-frontale gauche avec en plus image de condensation dans le sinus frontal gauche.

Intervention le 14 avril 1958 (Dr BONNEFOY, Dr DEPLAGNE).

Incision au niveau de la tête du sourcil gauche.

Ouverture du sinus frontal gauche ; celui-ci est comblé par une muqueuse hyperplasique, gélatineuse, sans pus. Le nettoyage du sinus met en évidence deux petites masses kystiques à revêtement osseux facilement effondrées et évacuées et qui, situées à l'orifice du canal naso-frontal, gênent l'évacuation du sinus correspondant.

Agrandissement du canal ; vérification de l'ethmoïde ; drain en acrylique ; soies.

Examen anatomo-pathologique : (n'a pas porté sur les fragments osseux).

« Muqueuse à cils vibratiles reposant sur un chorion fibreux dense, peu inflammatoire, sans signes histologiques de malignité. »

OBSERVATION VI

OSTÉOME DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR.

Mme BE..., 68 ans

— est adressée au Pr DUCLOS avec le diagnostic de sinusite maxillaire gauche due à une racine dentaire plongeant dans le sinus.

L'histoire actuelle de cette malade qui ne présente aucun antécédent particulier, commence en 1930 par l'extraction de G7. Extraction qui fut difficile — la dent se fractura — mais la malade ne saurait préciser si cette extraction fut complète ou non.

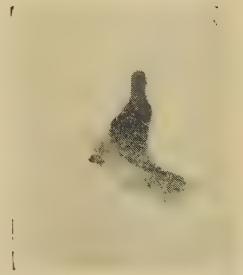
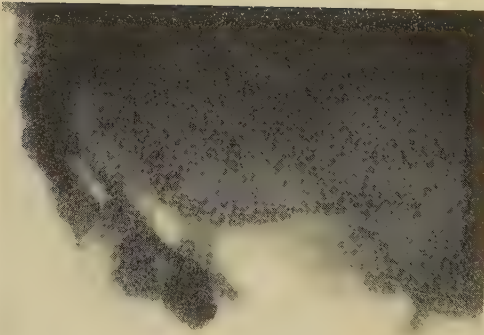
Par la suite persistance de douleurs dans la région malaire avec maux de tête.

C'est avec l'espoir de voir cesser ces douleurs que la malade demande en 1933 l'extraction de G6. Cette dent se révèle être saine de même que G8 extraite en 1935.

En dépit de ces extractions les douleurs persistent. Ce sont des névralgies intermittentes, augmentées par la mastication, siégeant dans la région



Obs. n° VI



Radiographie de la pièce opératoire.

malaire, irradiant peu vers la région angulaire et vers l'oreille. Ces douleurs ne se sont jamais accompagnées d'œdème ni de troubles cutanés (rougeur) ; il n'existe aucun trouble oculaire.

— Le 10 mars 1960, ces douleurs prennent un caractère particuliè-

rement violent : elles irradient peu, sauf au niveau de l'oreille, mais elles entraînent de l'insomnie. Ce tableau va durer 12 jours.

— Le 22 mars 1960, la malade est hospitalisée au Centre Stomatologique et Maxillo-Facial du Pr DUCLOS.

Le lendemain on note l'émission d'une faible quantité de pus épais et malodorant qui soulage la malade.

A l'examen :

Il n'y a rien à signaler du point de vue facial.

Il n'y a pas d'adénopathie et l'ouverture buccale est normale.

Du point de vue dentaire, cette malade est édentée molaire supérieur gauche, le reste de la denture est en bon état, ne manquent que D5 et D8.

La muqueuse buccale est normale au niveau de la crête alvéolaire supérieure gauche ; la palpation n'est pas douloureuse, elle ne met pas en évidence de relief particulier.

Les examens rhinologique et otologique sont normaux.

L'état général est satisfaisant.

Les radiographies (rétro-dentaires, mordue, tomographies) mettent en évidence :

1° Une racine dentaire incluse dans la crête alvéolaire, à l'emplacement de G7.

2° Une image osseuse à l'aspect de racine dentaire, se dressant dans le sinus maxillaire à partir du plancher de celui-ci, au-dessus de la racine précédemment mentionnée.

Une radiographie des sinus de face ne montre pas d'opacité particulière d'un sinus, on retrouve au niveau du sinus maxillaire gauche l'image osseuse déjà décrite, se dirigeant en haut et en dedans.

Intervention le 26 mars 1960 (Dr DEPLAGNE, BUISSON).

Anesthésie générale.

1° Incision vestibulaire et trépanation du sinus par Cadwell-Luc. Découverte immédiate de la tumeur osseuse intra-sinusienne, longue de 1,5 cm, qui est fichée à l'union des parois inférieure et antéro-externe ; elle se dirige en haut et en dedans.

Ablation par fracture de la base d'implantation.

Contre-ouverture nasale ; mèche goménolée ; fermeture.

2° Incision en U de la muqueuse palatine, donnant un lambeau à pédicule vestibulaire, au niveau de la racine restante. Extraction de la racine. Pénisulfa. Suture à la soie.

Le 29 mars 1960 ablation de la mèche après prémédication.

Par la suite disparition complète des douleurs.

La radiographie de la pièce opératoire intra-sinusienne montre de façon très nette la continuité des travées osseuses depuis la base d'implantation — appartenant au plancher du sinus — jusqu'au sommet de la pièce.

Examen anatomo-pathologique (Dr DROUIN).

La pièce a été coupée au disque sous jet d'eau et usée à la pierre.

Les coupes obtenues ont mis en évidence une structure osseuse de type compact avec peu d'éléments cellulaires. Structuralement parlant on est amené à faire le diagnostic actuel d'ostéome.

Cette observation nous permet de formuler l'hypothèse — que rien ne peut confirmer ni infirmer — de la métaplasie de dentine (racine dentaire refoulée dans le sinus) en tissu osseux.

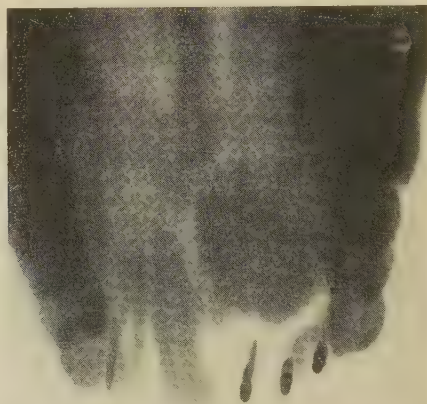
OBSERVATION VII

OSTÉOME DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR.

M^{me} CE..., 25 ans

— entre au Centre Stomatologique et Maxillo-facial du Pr DUCLOS, le 25 mars 1953 pour un ostéome de la partie antérieure du maxillaire supérieur gauche.

La radiographie montre une image de densification osseuse entourant G1 et G2 incluses, surmontant les incisives et la canine de lait restées en place sur l'arcade.



Obs. n° VII

Intervention (Dr VINCENT).

Après incision de la muqueuse vestibulaire, on aborde une paroi osseuse bosselée par la saillie des deux incisives gauches incluses, ces deux dents sont entourées d'une gangue d'os éburné.

Ablation des deux dents ; régularisation osseuse ; mèche.

— Reprise des phénomènes douloureux deux mois après l'intervention à la suite d'un traumatisme (?).

Le 23 novembre 1953, la malade regagne le Service à la suite de l'apparition de phénomènes inflammatoires au niveau des trois dents de lait persistant sur l'arcade.

Intervention (D^r VINCENT).

Ablation de l'ostéome et des trois dents de lait.

Examen anatomo-pathologique (P^r agrégé GUICHARD).

« Il s'agit d'un ostéome éburnant localisé et typique de l'os avec énorme massif de substance fondamentale osseuse ne renfermant pour ainsi dire ni canal de Havers, ni espace médullaire. Les centres médullaires sont rudimentaires, raréfiés, présentant quelques vaisseaux. De plus grandes cavités sont visibles renfermant une moelle hématopoïétique et des capillaires sanguins dilatés ; aucun ostéoblaste visible, il ne s'agit certainement pas d'un sarcome. »

OBSERVATION VIII

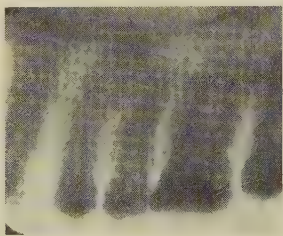
(Obligemment confiée par le D^r C. FREIDEL)

OSTÉOME DE LA RÉGION PRÉMOLAIRE SUPÉRIEURE DROITE.

M^{me} REU...,

— vient consulter pour des névralgies faciales droites, apparaissant par intermittence et durant environ une demi-heure ; ces troubles sont apparus au début de 1959.

L'examen radiographique montre une image de condensation osseuse au niveau de l'apex de D4, dent qui a conservé sa vitalité.



Obs. n° VIII

Il n'y a pas de notion d'un traumatisme facial antérieur.

Le 31 mars 1960, *intervention* (D^r C. FREIDEL).

Prémédication (Sedol).

Anesthésie loco-régionale.

Incision vestibulaire.

Dégagement à la gouge et au maillet de la table externe.

Réséction apicale de D4.

Dégagement à la fraise d'un ostéome triangulaire.

Fermeture après mise en place d'une éponge de Spongel imbibée de Thrombase.

OBSERVATION IX

(Obligemment confiée par le D^r C. FREIDEL)

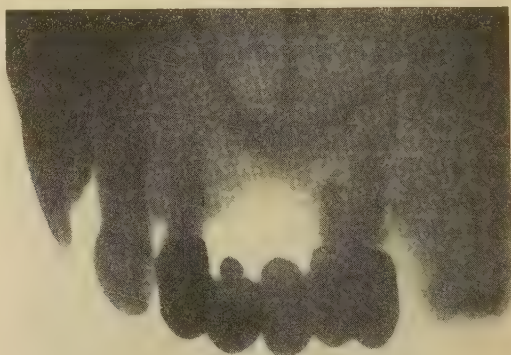
OSTÉOME DU REBORD ALVÉOLAIRE SUPÉRIEUR GAUCHE.

M. PER..., 60 ans

— vient consulter pour une tuméfaction au niveau de la tubérosité du maxillaire supérieur gauche, sans réaction sinusienne ni douleur.

A l'examen pas de blocage, les sinus sont clairs.

En arrière de G7, pilier de bridge, on trouve une tuméfaction dure, grosse comme une prune.



Obs. n° IX

Le 8 février 1960, *intervention* (D^r C. FREIDEL).

Anesthésie locale.

Section du bridge au niveau de G4, extraction de G7.

Résection de la tumeur à la gouge et au maillet.

Fermeture en deux plans.

OBSERVATION X

(Obligemment confiée par le D^r C. FREIDEL)

OSTÉOME DE LA RÉGION INCISIVE SUPÉRIEURE.

M. PEY..., 18 ans

— vient consulter pour une rotation axiale de l'incisive centrale supérieure droite.

L'élément déterminant de cette rotation est découvert radiographiquement : il s'agit d'un ostéome situé dans la région apicale de D1.



Obs. n° X

l'ostéome a été collé sur l'empreinte au niveau de la cicatrice opératoire.

L'énucléation-exérèse est pratiquée par voie vestibulaire après anesthésie locale.

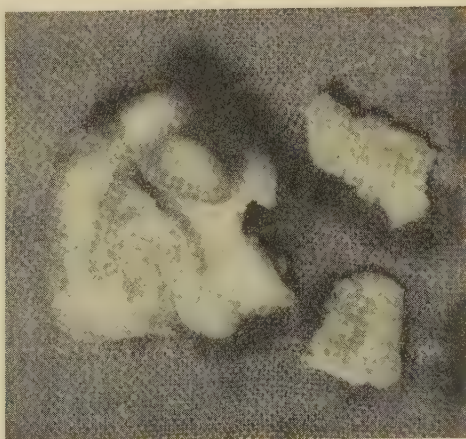
OBSERVATION XI

OSTÉOME CONDYLIEN.

M. GUL..., 56 ans

— entre le 3 mai 1956 dans le Service du Pr DUCLOS, envoyé par son chirurgien-dentiste pour une déviation mandibulaire.

Après l'extraction laborieuse de g8 en octobre 1955, le malade aurait ressenti une légère douleur à l'articulation temporo-maxillaire gauche, puis il aurait constaté l'apparition d'une déviation de la mâchoire inférieure vers la droite.



Obs. n° XI

photo de la pièce opératoire.

— *A l'examen :*

- la pointe du menton paraît fortement déportée à droite ;
- bouche fermée : les condyles sont en position normale ;
- les mouvements de l'articulation se font normalement sans douleur, ni craquements ;
- bouche ouverte : il semble exister une dépression en arrière du condyle gauche ;
- d'après les facettes d'usure dentaires on pense que la déviation à droite doit être très ancienne, mais elle est probablement accentuée actuellement.

La radiographie montre que la tête condylienne gauche ne se projette pas en situation normale.

Les tomographies mettent en évidence une subluxation gauche, en position bouche fermée la tête du condyle se projette au-dessous du condyle temporal au lieu de se situer dans la cavité glénoïde.

On ne voit pas dans la région du condyle d'image anormale. Par contre sur les coupes les plus antérieures : 3 à 3,5 cm on note une prolifération osseuse paraissant faire corps avec la tête du condyle, cette image fait penser à la présence :

- soit d'une exostose ostéogénique,
- soit d'un ostéochondrome.

(Dr BONNET, Sète.)

La sérologie est négative.

Intervention le 30 mai 1956 (Dr FREIDEL).

Incision prétragienne gauche.

Le ménisque est luxé en avant.

On rugine le col du condyle qu'on résèque à la fraise, mais la masse condylienne tient par une épaisse quantité d'os sus-jacent, véritable ostéome se moulant sur la portion antérieure et postérieure de l'articulation.

Libération avec beaucoup de difficultés.

Fermeture en deux plans.

OBSERVATION XII

(Obligeamment confiée par le Dr C. FREIDEL)

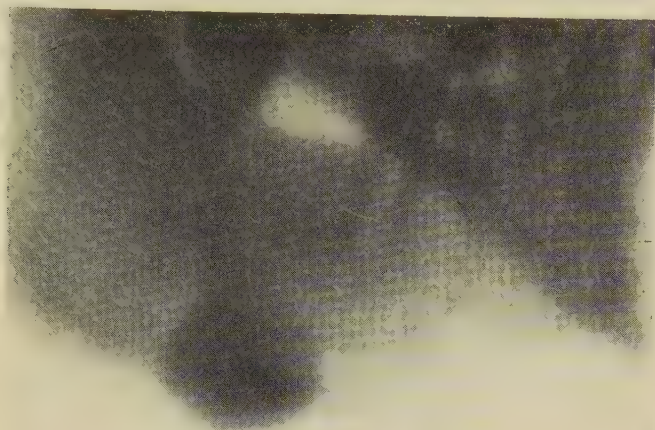
OSTÉOME DE LA FACE EXTERNE DE LA BRANCHE HORIZONTALE DROITE
DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

Mme BR..., 34 ans

— consulte pour une tuméfaction de la branche horizontale droite du maxillaire inférieur.

A l'examen tuméfaction dure de la grosseur d'une cerise. Pas de signe de Vincent.

A retenir dans les antécédents un coup sur le menton il y a huit ans.



Obs. n° XII

Le 5 mai 1959, *intervention* (Dr C. FREIDEL).

Après anesthésie loco-régionale, ablation de la tumeur osseuse par voie externe à la gouge et au maillet.

Le 26 mai 1959, la cicatrisation était terminée.

OBSERVATION XIII

OSTÉOME DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

M. GU..., 47 ans

— entre dans le Service du Pr DUCLOS le 29 juin 1954 pour une tumeur située sur la face interne de la branche horizontale du maxillaire inférieur, au niveau de d6,-d7 absentes.

Cette tumeur serait apparue progressivement depuis un an, entraînant une gêne de plus en plus marquée pour le port d'une prothèse inférieure.

Il s'agit d'une tumeur dure, adhérente à l'os, non douloureuse, bien limitée, du volume d'une noix. On note au sommet de la tumeur une petite érosion de la muqueuse gingivale.

Il n'y a pas de ganglions.

Intervention le 30 juin 1954 (Dr DUMAS).

Ablation de l'excroissance osseuse à la gouge et au maillet.

Examen anatomo-pathologique.

Ostéome très fortement hyperplasique constitué de travées osseuses massives, épaissies. Tout ce tissu osseux est creusé de quelques canaux

de Havers clairsemés, rares et rétrécis Au centre de l'ostéome formation ovale parfaitement bien limitée constituée d'un tissu nécrosé par les réactifs.

Tout à côté de l'ostéome un second fragment semble bien figurer une ébauche dentaire parfaitement reconnaissable, à contour ovale, nettement limité.

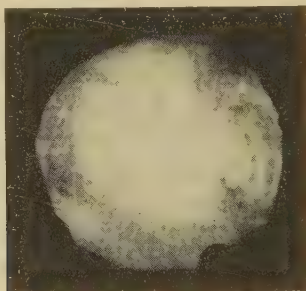
OBSERVATION XIV

(Obligemment confiée par le D^r C. FREIDEL)

OSTÉOME DE LA FACE EXTERNE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR GAUCHE.

M^{lle} SOU..., 28 ans

— a constaté l'apparition progressive en un an d'une petite excroissance à la face externe du maxillaire inférieur gauche.



Obs. n° XIV
la pièce opératoire

Il n'y a dans les antécédents ni traumatisme, ni accidents inflammatoires.
Il n'existe pas de ganglion.

Le 28 janvier 1951, *intervention* (D^r C. FREIDEL).

Après anesthésie loco-régionale, incision sus-hyoïdienne.

Dégagement de la tumeur osseuse, de la grosseur d'une prune, à la gouge et à la fraise.

Suture en deux plans.

Le 7 février 1951, ablation des fils.

Le 16 février 1951, la cicatrisation est terminée.

Examen anatomo-pathologique.

Au centre d'une tumeur osseuse très dense, compacte, minces travées médullaires.

A la périphérie tissu conjonctif plus jeune.

Pas d'éléments inflammatoires ; pas d'éléments sanguins jeunes. Ne fait pas penser au sarcome.

En conclusion : ostéome simple.

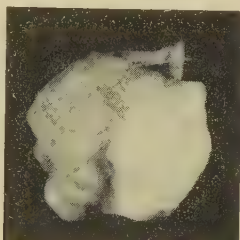
OBSERVATION XV

OSTÉOME DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

M^{me} COL..., 30 ans

— est venue consulter le D^r C. FREIDEL pour une tumeur du maxillaire inférieur gauche. Tumeur apparue insidieusement il y a 8 ou 10 ans, n'ayant entraîné ni douleurs, ni inflammation.

Il y a 2 ans, à la suite d'un coup, des douleurs sont apparues qui l'amènent aujourd'hui à consulter.



Obs. n^o XV
la pièce opératoire.

A l'entrée au Centre Stomatologique et Maxillo-Facial, le 20 janvier 1953, il s'agit d'une malade en bon état général, sans antécédents particuliers.

L'examen montre une tumeur de la branche horizontale gauche, juxta-angulaire, bien limitée, dure, non crépitante, sans adhérences aux plans superficiels, faisant corps avec l'os.

Il existe un petit ganglion sous-maxillaire.

L'articulé dentaire est normal, bouche ouverte il y a une légère déviation du maxillaire inférieur du côté de la tumeur.

Le toucher endobuccal ne montre rien.

Intervention le 21 janvier 1953 (D^r C. FREIDEL, D^r MÉGARD.)

Sous anesthésie locale incision de 5 cm sur le bord inférieur gauche du maxillaire inférieur.

La rugine mène directement sur la tumeur implantée largement sur le bord inférieur du maxillaire.

Section totale d'avant en arrière au ciseau à froid. On voit le paquet vasculo-nerveux postérieur.

Suture en deux plans sans drainage.

Suites simples. La malade quitte le Service le 21 janvier 1953.

Examen histologique (D^r GUICHARD).

« Lamelles osseuses et de tissu ostéoïde séparées par un tissu médullaire œdémateux ou fibroblastique sans myéloplaxes ni ostéoblastes visibles. Aucun élément inflammatoire, pas d'ostéosarcome. »

OBSERVATION XVI

OSTÉOME DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

M. S..., 67 ans

— envoyé par l'hôpital du Vinatier à la consultation du D^r FREIDEL pour une tumeur du maxillaire inférieur.

Il s'agit d'un ostéome pédiculé du maxillaire inférieur droit, développé du côté vestibulaire, chez un édenté, au niveau de d3,-d4. Le volume est à peu près celui d'une noisette.



Obs. n° XVI

Intervention le 21 octobre 1959 (D^r LAIR).

Incision au niveau de la crête alvéolaire.

On détache cet ostéome éburné à la fraise et à la gouge.

Suture.

Anatomo-pathologie (D^r DROUIN).

Il s'agit histologiquement d'un ostéome éburné avec très rares éléments cellulaires.

OBSERVATION XVII

OSTÉO-FIBROME DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

M. DUP..., 38 ans

— vient consulter le D^r FREIDEL à l'hôpital Edouard-Herriot pour une tumeur du vestibule inférieur gauche.

Il s'agit d'une tumeur évoluant depuis dix ans, située en regard de g6,-g7, du volume d'une noisette, de consistance dure, paraissant adhérer à l'os alvéolaire.

Il n'y a pas de ganglions, cette tumeur n'entraîne pas de douleurs et il n'y a pas d'anesthésie du nerf dentaire inférieur.



Obs. d° XVII

Intervention le 18 novembre 1959 (D^r LAIR).

AR + AL.

Incision vestibulaire basse, sous le pôle inférieur de la tumeur, remontant sur la crête du maxillaire en avant et en arrière.

On décolle une muqueuse considérablement épaissie et on tombe sur une masse de consistance « os mou ».

Clivage facile de la masse à la gouge à main.

Tout autour de la tumeur existe une coque fibreuse. Vérification à la curette et ablation de toute la muqueuse hyperplasiée.

Suture.

Anatomo-pathologie (D^r DROUIN).

1° Paroi fibreuse dense, l'épithélium gingival est épaissi et hyperacanthosique.

2° Tissu osseux à cavités médullaires extrêmement lâches, fibreuses, avec présence de nombreux lymphocytes.

Processus hyperplasique bénin à type ostéo-fibrome.

Remarquons que la situation anatomique de cet ostéome ainsi que son aspect clinique évoquent assez la transformation d'une épulis en ostéome spongieux.

OBSERVATION XVIII

(Obligemment confiée par le Dr ROBERT)

ÉPULIS CALCIFIÉE.

M. DEM..., 45 ans

— consulte en novembre 1959 pour une tumeur gingivale.

Il s'agit d'une épulis de la taille d'une prune, de consistance dure, ligneuse, ayant son point de départ au niveau de la papille entre d5 et d6. d6 est une dent couronnée, déchaussée, sa bague est peu sertie au collet.

Rien à signaler à la radiographie.

Intervention : exérèse de l'épulis et coagulation du point d'implantation au bistouri électrique.

Examen histologique, (Dr DROUIN).

Sous un épithélium malpighien épaissi et hyperacanthosique, on trouve d'abord des plages denses de lymphocytes et plasmocytes ; puis progressivement organisation fibreuse dense avec en profondeur nombreux capillaires et zones ostéoïdes, dépôts calcaires, mais également ébauches très nombreuses de lamelles osseuses avec nombreux ostéoblastes.

OBSERVATION XIX

(Obligemment confiée par le Dr ROBERT)

ÉPULIS CALCIFIÉE.

M. BAD..., 52 ans

— venu consulter en octobre 1959, présente une épulis fibreuse de la taille d'une petite framboise, se localisant entre g6 et g7, sans qu'on ne décèle aucune cause locale d'irritation.

L'examen radiologique est négatif.

Intervention : exérèse de l'épulis et coagulation de la zone d'implantation au bistouri électrique.

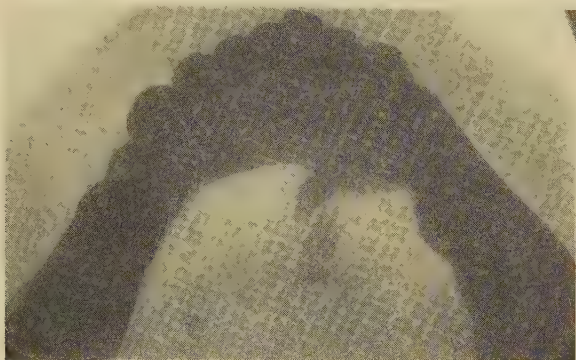
Examen histologique, (Dr DROUIN).

Sous un épithélium épaissi et ulcéré en un point, infiltration lymphoplasmocytaire dense.

En profondeur structure fibromateuse avec foyers d'otéogenèse sous l'aspect de petites lamelles osseuses extrêmement nombreuses dont certaines jouxtent le tissu épithélial. On remarque également au sein du tissu fibreux des petites concrétions calcaires qui évoquent les perles d'émail.

Remarque. — Dans ces deux observations, le point de départ de la lésion tumorale se situait dans l'épaisseur du ligament alvéolo-dentaire.

Avant d'envisager les énostoses du maxillaire inférieur nous présenterons le cliché d'un ostéome du plancher buccal survenu chez une malade après fracture paramédiane du maxillaire (ces formes d'ostéome ont été envisagées par LAURIAN dans sa thèse en 1934).



OBSERVATION XX

ÉNOSTOSE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

M^{me} RE..., 39 ans

— a été envoyée à la consultation du D^r C. FREIDEL pour des névralgies siégeant dans les régions auriculaire et occipitale gauches.

Ces douleurs apparues il y a un an environ sont incessantes depuis deux mois.

Il y a sept ans, cette malade a subi l'extraction de la deuxième molaire de lait inférieure gauche ; sur la radiographie prise à cette époque apparaissait, en dessous des racines de la dent extraite, une zone hypercalcifiée.

L'examen trouve au fond du vestibule, au niveau de g5, une légère voussure du maxillaire. La palpation provoque une douleur assez intense, irradiant vers la région auriculaire.

La radiographie permet de retrouver l'image de densification osseuse déjà mentionnée, cette image ne semble pas avoir augmenté de volume.

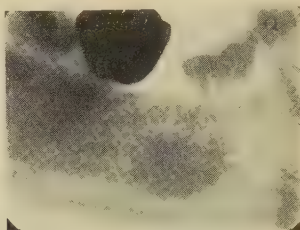
Le 7 mai 1960, *intervention* (D^r C. FREIDEL, D^r DUMAS).

Sedol. Anesthésies régionale et locale.

Incision en L.

Trépanation de la table externe.

On trouve facilement la petite tumeur osseuse qui est séparée de l'os voisin par un plan de clivage. Dégagement à la gouge et à la fraise et ablation à l'aide d'un élévateur.



Obs. n° XX

Mise en place d'une éponge de Spongél imbibée de Thrombase.
Suture hermétique.

Le 9 mai 1960, Ablation des fils.

La malade part guérie.

OBSERVATION XXI

(Résumé de l'observation publiée par MM. DUCLOS J. et HESKIA J.-E., dans les *Annales d'Odonto-Stomatologie* de 1947.)

Malade de quinze ans qui consulte pour une tuméfaction de la branche horizontale droite du maxillaire inférieur. A l'âge de six ans, ce malade a subi dans la même région, l'extraction d'une molaire de lait à l'origine de phénomènes infectieux ; au niveau de l'alvéole de cette dent il a été trouvé une grande poche kystique.

Il y a neuf mois extraction de la dent de six ans du même côté pour phénomènes infectieux.

Depuis quatre mois, apparition progressive d'une tuméfaction de l'os maxillaire sans douleurs ni signes fonctionnels.

A l'examen :

Tumeur intra-osseuse, de consistance dure, de forme régulière et bien circonscrite, presque sans signes douloureux, avec signe de Vincent négatif et légère adénite. Cette tumeur est située dans l'os qu'elle repousse, entre les racines de la première PM et de la deuxième M inférieures droites et, elle va du rebord basilaire de l'os maxillaire jusqu'à 1 cm environ du rebord alvéolaire. C'est une tumeur à évolution lente qui ne présente aucun signe de malignité.

Radiographie : absence de d5, d6 ; d8 est en position normale. Au niveau de d6, dans l'épaisseur de l'os, présence d'un noyau osseux de la grosseur d'une noix, circonscrit par une corticale de concentration calcique élevée et cernée partiellement d'une zone de raréfaction osseuse. On voit nettement les travées osseuses et le centre de la tumeur ne présente pas de différence avec le tissu sain voisin.

L'intervention fut difficile. Il s'agissait d'une tumeur osseuse très résistante sur les parois et friable au centre.

Examen histo-pathologique : Tissu extrêmement dur, sauf une petite zone centrale spongieuse. C'est un ostéome éburné, donc du tissu osseux hypercalcifié sans canaux de Havers qui ne peut donner l'idée de malignité.

Au sujet de l'origine de cette tumeur, les auteurs émettent l'hypothèse suivante : au cours de l'ablation de la poche kystique pratiquée à 6 ans, un hématome a pu se former. Il y aurait eu ensuite dépôt de sels calcaires au niveau du tissu conjonctif de l'hématome. Les cellules de l'hématome ossifié auraient ensuite proliféré, repoussant l'os sain sans l'attaquer.

OBSERVATION XXII

(Obligemment confiée par le Dr ACHARD)

OSTÉOME DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

Mlle ART..., 22 ans

— vient consulter le 16 mai 1953 pour une tuméfaction de la région angulaire gauche.

Cette tuméfaction est apparue de façon insidieuse il y a six ans, soit deux ans après l'extraction de la première molaire inférieure gauche, elle est indolore sauf lors des changements de temps où elle devient un peu douloureuse.

L'examen montre :

- une tuméfaction de la région angulaire gauche, déformant le visage ;
- cette tuméfaction se retrouve au niveau du vestibule inférieur gauche, s'étendant de g5 à g8 ; elle est indolore, fait corps avec l'os, a approximativement le volume d'une noix et est recouverte d'une muqueuse d'aspect normal ;
- il n'y a pas de trismus, pas de signe de Vincent, pas de fistule, pas d'adénopathie ;
- du point de vue dentaire, on note l'absence de g6 ; g7 et g8 sont normales.

La radiographie montre une image arrondie de condensation osseuse, s'étendant de g5 à l'angle mandibulaire, supportant g7 et semblant englober les racines mésiales de g8. Un plan de clivage net paraît séparer la tumeur osseuse de l'os sain.

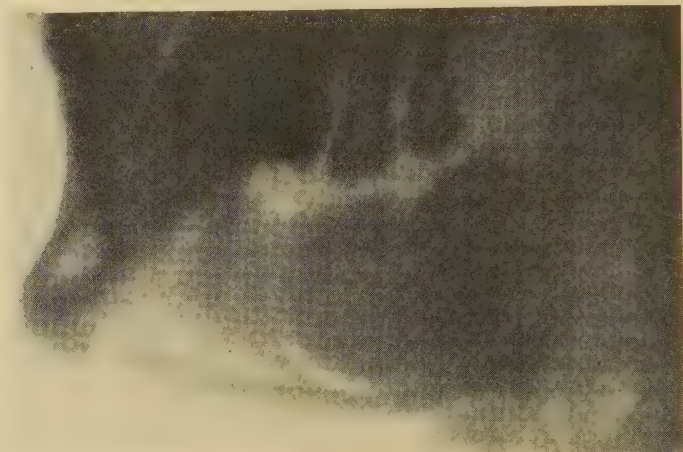
Intervention le 28 mai 1953 dans le Service du Pr DUCLOS, (Dr DUMAS, Dr ACHARD).

Après 2 cc. de « Sedol » IM, anesthésies régionale et locale excellentes.

Extraction de g7-g8 sans difficultés.

Après incision vestibulaire s'étendant de g8 à g4 on tombe directement sur une tumeur osseuse dure, pommelée. Le plan de clivage vu à la radio est absolument introuvable sauf dans la partie antérieure.

Devant les risques que ferait courir une énucléation violente de la tumeur, on se contente de faire une intervention plastique en corrigeant au ciseau et au maillet toute la partie vestibulaire débordante de la tumeur ; on complète par une régularisation à la pince-gouge.



Obs n° XXII

Penisulfa. Suture.

Suites simples.

La malade est revue le 2 octobre 1954, elle est enceinte de quatre mois et a pris beaucoup de calcium ; il n'y a aucune modification clinique de l'ostéome.

Des radiographies faites en novembre 1954 confirment la stabilité de la tumeur.

En mars 1957, la malade craignant une récurrence, consulte à nouveau :

- l'examen clinique est négatif ;

- Biopsie : « Après décalcification, les fragments envoyés à l'examen se montrent constitués par du tissu osseux dense. Les espaces médullaires sont réduits et présentent une structure fibreuse sans réaction vasculaire importante. La présence, le long des travées osseuses de nombreux ostéoblastes signe l'existence d'un processus ostéogénique actif » (Dr DROUIN).

Dans cette observation on serait en droit d'évoquer à l'origine de l'ostéome le traumatisme opératoire (extraction de g6) avec formation d'un hématome.

OBSERVATION XXIII

(Obligemment confiée par le D^r C. FREIDEL)

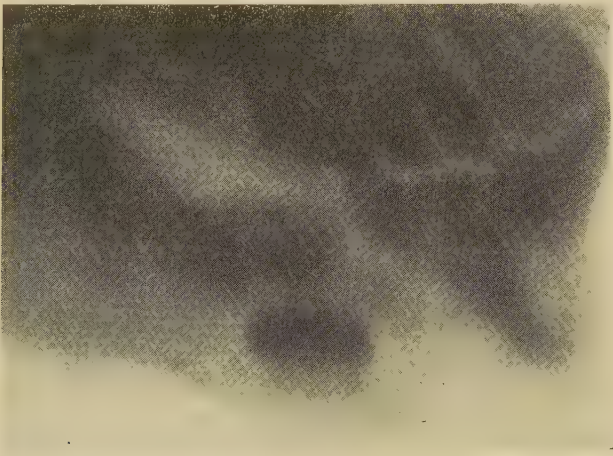
OSTÉOME DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR GAUCHE.

M. VAL..., 12 ans

— est envoyé le 14 mai 1959 pour adamantinome situé au niveau de g6 absente.

A l'examen :

- tuméfaction du vestibule inférieur gauche ;
- pas de ganglions ;
- pas de signe de Vincent ;
- dans les antécédents : ni choc, ni traumatisme.



Obs. n° XXIII

Intervention le 30 mai 1959 (D^r C. FREIDEL).

Prémédication (Sedol).

Anesthésie loco-régionale.

Incision du vestibule inférieur en arrière de g5.

Dégagement d'une tumeur osseuse volumineuse assez facilement énucléable.

On laisse en place g6 dont on surveillera l'évolution.

CONCLUSIONS

Nous nous sommes proposé dans cette thèse de faire un travail d'ensemble sur les ostéomes localisés à la région maxillo-faciale.

1. — L'étude histo-physiologique du tissu osseux nous a permis de montrer que les ostéomes appartenant au squelette osseux ne pouvaient avoir que deux origines : périostée ou médullaire, et qu'en tout autre point de l'organisme ils pouvaient se former par des phénomènes de métamorphisme pourvu qu'un certain nombre de conditions locales et générales nécessaires à la formation du tissu osseux normal soient réalisées.

2. — L'étude embryologique du massif facial nous a permis de mettre en évidence sa grande complexité qui conditionne une pathologie bien particulière (inclusions cartilagineuses hétérotopiques) et qui peut expliquer dans une certaine mesure la fréquence des ostéomes à ce niveau.

3. — L'étude histo-pathologique du tissu osseux nous a permis de dire qu'il était pratiquement impossible de distinguer les ostéomes primitifs des ostéomes secondaires sur le plan anatomo-pathologique.

4. — Si le diagnostic est évident dans la plupart des cas, nous avons montré que certaines formes d'améloblastomes très différenciés pouvaient poser des problèmes intéressants de diagnostic différentiel.

5. — Les discussions étio-pathogéniques nous ont permis d'ébaucher quelques rapports intéressants avec certaines réactions gingivales inflammatoires banales, avec certaines formations osseuses du type torus ou pathologiques comme les ostéites condensantes.

6. — De l'examen de nos observations, il ressort que la thérapeutique ne peut être que chirurgicale et d'exérèse ; elle peut présenter

certaines difficultés dues à un repérage imprécis (énostose) ou bien à l'extension du processus nécessitant des délabrements dans des régions dangereuses d'accès. Elles nous ont permis de confirmer l'importance primordiale d'une investigation radiologique complète.

Vu : LE DOYEN,
H. HERMANN.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
Professeur MOUNIER-KUHN.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 8 juin 1960.

LE RECTEUR,
PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
André ALLIX.

BIBLIOGRAPHIE

- BABOK Jean. — *Contribution à l'étude des tumeurs osseuses dysgénétiques ou ostéomes du sinus frontal*. Thèse, Paris, 1958.
- BATAILLE, BÉAL, BUREAU, CERNÉA, DESCROZAILLES, LAMBERT, PARANT. — *Les tumeurs des maxillaires*.
- BENASSY Jean, BOISSIER J.-R., PATTE D., DIVERRES J.-C. — Ostéomes des paraplégiques (Contribution à l'étude de l'ossification neurogène). *La Presse Médicale*, n° 21, 27 avril 1960, p. 811.
- BENJAMINS. — Les tumeurs osseuses du nez et des sinus. *Monographies O.R.L. internationales*. Editions Delmas, Bordeaux.
- BERGER M. — Ostéomes des sinus péricrâniens. *Revue de Laryngologie-Otologie-Rhinologie*, 1950, p. 218 et suivantes.
- BUREAU P., PARRET J. — Ostéopathies fibreuses des maxillaires. *Revue de Stomatologie*, 1953, Tome 54, n°s 8-9, pp. 741-847.
- CERNÉA P. — Tumeurs bénignes des maxillaires d'origine non dentaire. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 22087 A 10.
- COUTURIER P. — L'énigme des Tori maxillaires. *Revue Française d'Odonto-Stomatologie*, Tome VI, mars 1959, p. 295.
- DECHAUME M. — Enostose et nodule de calcification du maxillaire inférieur. *Revue de Stomatologie*, 1935, p. 109.
- DECHAUME M. — *Précis de Stomatologie*. Masson et C^{ie}. Editeurs.
- DECHAUME M., M^{me} CHAPUT. — Enostose mandibulaire, guérison spontanée. *Communication à la Société de Stomatologie de France*, Séance du 21 janvier 1947.
- DECHAUME M., CRÉPY C., GARLOPEAU F., BONNEAU M. — Ostéome de la coronoïde. *Revue de Stomatologie*, n° 4, 5 avril 1957, p. 257.
- DECHAUME M., CORONEL S. — Les ostéomes des muscles masticateurs. *Revue de Stomatologie*, 1949, p. 193.
- DECHAUME Jean, DECHAUME Michel, PAYEN J. et GRELLET. — Stomatologie et pathologie sympathique. Quelques faits anatomo-cliniques. *Communication à l'Académie Nationale de Médecine*, Séance du 10 mai 1960.

- DELATOUR, GOUZY J., DUTOU L. — Ostéome kystique du sinus maxillaire. *J.F.O.R.L.*, VI, 4, 1957.
- DUCLOS J., HESKIA. J.-E. — Ostéome du maxillaire inférieur. *Annales Odonto-Stomatologiques*, 1947, vol. 4, n° 6, p. 135.
- GIGNOUX, HAGUENAUER J.-P., GUIRAL. — Ostéome du sinus maxillaire. *J.F.O.R.L.*, 1958, n° 8, p. 925.
- GRETHER A. — Fibrome ossifiant intra-mandibulaire. *Revue de Stomatologie*, n° 9, septembre 1958, p. 527.
- GRETHER A. — Ostéome de la région temporo-maxillaire. *Revue de Stomatologie*, 1954, n° 8, p. 714.
- GUILLERMIN, DELATOUR, PELLEGRINI, GUYON. — Ostéome latent et ostéome géant du sinus frontal. *J.F.O.R.L.*, VIII, 8, 1959.
- KOZA. — Le tissu osseux dans les épulis. Travail de l'Institut Molotov, Chaire d'Anatomie-Pathologique. Editions Oguiz 1944. Analysé par Lebourg. *Revue de Stomatologie*, 1947, p. 86.
- LANDWERLIN F. — Indications thérapeutiques des tumeurs bénignes des mâchoires. *Annales Odonto-Stomatologiques*, juil.-août 1951, vol. IX, n° 4, p. 145.
- LAURIAN. — Contribution à l'étude des ostéomes du plancher buccal et des muscles masticateurs. Thèse, Paris, 1934.
- LÉGER L. — Tumeurs des maxillaires. *Nouveau Précis de pathologie chirurgicale*, p. 263. Masson et C^{ie}, éditeurs.
- MARONNEAUD P. — Un cas d'ostéome compact du maxillaire supérieur à localisation palatine. *Revue de Stomatologie*, 1950, p. 309.
- MEYER R.-P. — Ostéome du sinus frontal et névrite optique rétro-bulbaire. Thèse, Strasbourg, 1954.
- MOUNIER-KUHN P., BONNEFFOY J., HAGUENAUER J.-P. — A propos d'un ostéome du sinus maxillaire. *J.F.O.R.L.*, VIII, 4, 1959.
- NATAF S.-A. — A propos d'un cas d'ostéome du frontal. *Etude anatomoclinique et thérapeutique*. Thèse, Paris, 1959.
- PARANT M., VIGNEUL J. — Les tumeurs des maxillaires à tendance récidivante à l'exclusion des cancers. Rapport du XV^e congrès de Stomatologie. *Revue de Stomatologie*, n° 9, septembre 1958, p. 505.
- PINDBORG et CLAUSEN. — Les odontomes améloblastiques. *Revue de Stomatologie*, 1959, Tome 60, pp. 590 à 609.
- P.-RAVAULT P., SCHOTT B., LEJEUNE E. et ALEX R. — Les para-ostéoarthropathies neurogènes. *La Revue Lyonnaise de Médecine*, Tome VIII, n° 16, 30 oct. 1959, p. 1037.
- ROCHETTE. — Tumeur hyperplasique à myéloplaxes des gencives avec ossification. *Revue de Stomatologie*, 1938, p. 38.
- TERRACOL J. — Images rondes ou aériques du sinus maxillaire. *Montpellier Médical*, 1959, T LV, n° 2, pp. 199-204.

- TRIFAUD A., BUREAU H., PAYAN H. — *Tumeurs bénignes des os et dystrophies pseudo-tumorales.*
- VILENSKI J., CERNÉA P., CHATEAU M., MUGNIER A. — Un cas d'ostéome du condyle. Intervention. Résultats. *Revue de Stomatologie*, 1954, p. 712.
- WERTHEIMER, LECUIRE J. — Volumineux ostéome de l'ethmoïde occupant la partie antérieure de la base du crâne. *Lyon Chirurgical*, 45, juillet 1950, pp. 623-629.
- WEST Robert K. — Differential diagnosis of abnormal dental radiopacities. *The Journal of the American Dental Association*, September 1956, Volume 53, Number 3.

